DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

ET PLUS SPÉCIALEMENT

DE LEUR TRAITEMENT PAR LA GASTROTOMIE

PRÉCÉDÉ DE

DEUX OBSERVATIONS DE GASTROTOMIE

Pratiquées avec succés par M. KŒBERLÉ

Pour extraire deux Fœtus extra-utérins,

PAR

Théodore KELLER

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS,

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE FRANÇAISE

DE STRASBOURG.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, ÉDITEURS

19, rue Hautefeuille, 19.

1872

DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

ET PLUS SPÉCIALEMENT

DE LEUR TRAITEMENT PAR LA GASTROTOMIE

INTRODUCTION

Ce sont les deux opérations de gastrotomie pratiquées avec succès à Strasbourg, par M. Kœberlé, pour extraire deux fœtus extra-utérins, qui m'ont suggéré l'idée de ce travail. Comme je n'avais pas vu les malades moi-même, ni assisté aux opérations, j'ai préféré faire une étude générale des grossesses extra-utérines que de commenter plus spécialement les deux observations que M. Kœberlé a bien voulu m'autoriser à livrer à la publicité.

J'ai divisé mon travail en deux parties. Dans la première, j'ai résumé tout ce qui a trait à la pathologie des grossesses extra-utérines. J'ai tâché d'exposer la question telle que l'ont avancée les travaux faits dans ces vingt dernières années, et je me suis inspiré pour cela surtout des observations publiées dans les journaux. C'est en effet à cette source qu'on est obligé de puiser ses matériaux, car on n'a écrit que fort peu de travaux originaux sur ces sortes de grossesses.

La seconde partie a été consacrée tout entière au traitement. Là aussi je me suis efforcé de m'appuyer surtout sur les faits, et je me suis astreint à des recherches aussi consciencieuses que possible. Je me suis occupé plus spécialement de la gastrotomie, conduit peut-être par mon admiration bien légitime pour les beaux succès de M. Kœberlé, mais désirant surtout prouver que cette question de la gastrotomie dans la grossesse extra-utérine mérite d'être prise en sérieuse considération, et que les faits connus

dans la science sont fortement de nature à encourager les partisans de l'intervention chirurgicale.

Qu'il me soit permis, avant de terminer, d'exprimer à M. Kœberlé toute ma gratitude pour la bienveillance qu'il a toujours eue pour moi ! Qu'il me soit permis surtout de donner à tous mes professeurs de la Faculté de médecine Française de Strasbourg, une dernière marque de ma reconnaissance, et de leur dire quels sont les sentiments qui m'animent à leur égard, en ce moment où proscrit comme eux du sol natal et de l'Ecole qui est la nôtre, je me vois obligé de venir subir ma dernière épreuve devant de nouveaux maîtres. Puisse ce témoignage leur prouver une fois encore combien étaient puissants les liens qui unissaient les élèves à leurs professeurs, dans cette Ecole si brutalement arrachée avec notre pauvre Alsace à la patrie commune !

OBSERVATIONS

I. — Observation de gastrotomie pratiquée avec succès dans un cas de grossesse extra-utérine ayant durée quinze mois, par M. Kœberlé.

Mme. L... de Biding (Moselle) âgée de 41 ans d'une bonne constitution, s'est mariée en 1866. Le 25 mai 1867 terme de la première grossesse, elle a accouché d'un enfant mort. Nouvelle grossesse vers le 15 décembre. Les règles ont fait défaut. Un mois après il est survenu du malaise et des envies de vomir, comme dans la première grossesse. Au quatrième mois, la malade a éprouvé une émotion à la suite de laquelle elle a ressenti des douleurs assez vives dans le bas-ventre. Ces douleurs d'ailleurs très-passagères se sont dissipées sans donner lieu à aucun accident et ont à peine interrompu les travaux de la malade. Huit jours plus tard nouvelle crise, mais cette fois plus douloureuse et plus prolongée. En même temps que la douleur il est survenu de la tympanite, les urines ont été supprimées ; il s'est montré au pourtour de l'ombilic une ecchymose de 7 à 8 centimètres de diamètre. A la suite de ces accidents la malade a éprouvé des défaillances fréquentes allant quelquefois jusqu'à la syncope, et elle a dû s'aliter pendant une semaine environ. La grossesse n'en a pas moins continué à suivre son cours.

Dès le mois de mai les mouvements du fœtus ont été très-nettement perçus par la mère et le médecin traitant.

Vers la fin de septembre les mouvements sont devenus très-tumultueux et ont donné lieu à une nouvelle crise douloureuse qui a été ainsi caractérisée par la malade. Ces douleurs ne siégeaient pas dans la matrice et n'avaient aucun rapport avec celles qui sont provoquées par le travail de l'accouchement. Il semblait qu'elles fussent dues uniquement aux évolutions du fœtus qui se déplaçait d'un côté à l'autre de l'abdomen avec une violence telle, que ces déplacements pouvaient être vus à travers les couvertures. Ces mouvements durèrent encore pendant cinq ou six jours, en s'affaiblissant progressivement et cessèrent définitivement le 10 octobre, ainsi que les battements de cœur. Les seins avaient augmenté de volume et étaient devenus durs, un peu volumineux et la sécrétion lactée s'était tarie. Elle fut très-abondante pendant trois semaines et n'était pas encore complétement tarie au bout de sept mois. En même temps la malade avait perdu peu à peu l'appétit. Des douleurs irradiant depuis le bassin jusqu'à l'épaule s'étaient manifestées du côté droit; il survint de la métrorrhagie, de la diarrhée, de la fièvre et quelques frissons par intervalle. La malade éprouvait ne outre au niveau de l'ombilic une douleur ou plutôt un tiraillement douloureux qui augmentait lorsqu'elle se redressait et qui l'obligeait à se tenir courbée. Tous ces symptômes durèrent encore environ six semaines, sauf la métrorrhagie qui cessa au bout du quinzième jour. A l'arrivée de la malade à Strasbourg dans le but de se faire opérer, on constatait les phénomènes suivants: Le ventre était distendu par une tumeur de consistance variable offrant des parties dures sur plusieurs points de sa superficie et notamment à droite et à gauche au niveau des fosses iliaques. Le fœtus était placé en travers dans la cavité abdominale, la tête à droite et le dos en avant (position céphalo-iliaque droite). La tête était nettement sentie par la palpation dans la fosse iliaque droite, tandis que la main percevait à gauche la saillie formée par les talons. L'utérus n'était point perçu au-dessus du pubis et ne faisait point saillie à la surface de la tumeur fœtale, qui devait selon toute apparence occuper le cul-de-sac vésico-utérin, ce qui fut mis hors de doute par l'exploration vaginale et le toucher rectal. L'utérus était central. Son col légérement dévié à gauche était un peu hypertrophié ainsi que son corps, que l'on sentait en arrière du fœtus à travers la paroi du vagin et du rectum. Une sonde pénétrait facilement à travers l'orifice utérin et pouvait être promenée sans obstacle à droite et à gauche jusqu'au fond de l'organe. La profondeur de l'utérus ainsi était de 8 1/2.

La hauteur de la tumeur fœtale mesurée à partir du pubis et parallèlement à la ligne blanche était de 23 centimètres. Elle dépassait l'ombilic d'environ 11 centimètres. Transversalement d'une fosse iliaque à l'autre, elle mesurait une longueur de 26 centimètres, mais elle n'était pas symétrique. La portion située à droite de la ligne médiane offrait 14 centimètres de diamètre, tandis que celle de gauche ne mesurait que 12 centimètres. Les seins étaient encore un peu durs et assez volumineux. Par la pression on ramenait quelques gouttes de lait parfaitement opaque, blanc et crémeux.

Au niveau de l'ombilic la peau ne pouvait être déplacée et demeurait adhérente à la tumeur dans une étendue de 8 à 9 centimètres dans tous les sens. Les douleurs étaient d'ailleurs complétement disparues, et la malade se trouvait dans la meilleure condition.

L'opération eut lieu le 10 mars 1869 en présence de MM. Schetelig, Lhauth, Joessel, Taule et Sthephanesco.

Incision de 15 centimètres dans la direction de la ligne blanche. Après avoir disséqué couche par couche, on arriva sur le tissu cellulaire sous-péritonéal un peu épaissi ainsi que sur le péritoine qui adhérait intimement à l'œuf dans toute l'étendue de l'incision. L'œuf incisé à son tour donne issue à un liquide brunâtre d'odeur amniotique, granuleux, troublé par du méconium et du smegma fœtal. Le fœtus qui occupait la position indiquée plus haut fut retiré avec la main par les extrémités pelviennes sans trop de difficultés. Il était du sexe masculin et régulièrement conformé. Sa longueur depuis le talon jusqu'au sinciput était de 50 centimètres, son poids de 2.330 grammes. Le diamètre bipariétal avait 9 centimètres 1/2; la distance entre le sommet de la tête et l'ombilic était de 27 centimètres. Le cordon fut coupé assez bas pour que son extrémité libre pût être ramenée dans l'angle de la plaie; les enveloppes du fœtus envahies à quelques points de la surface interne par des vaisseaux de formation nouvelle, furent laissés en place. Le fond de la tumeur explorée à travers la paroi inférieure de l'œuf était envahi par deux ou trois petits corps fibreux, dont la la présence avait déjà été reconnue par le toucher avant l'opération. La cavité de l'œuf ne communiquait avec le péritoine qu'à l'extrémité inférieure de l'incision, dans une étendue de 3 ou 4 millimètres de diamètre. Le cordon fut appliqué contre cette fissure à peine perceptible après le retrait des tissus et ramené dans l'angle inférieur de la plaie. Le kyste fœtal fut ensuite lavé avec soin avec de l'eau tiède, et l'on constata à l'aide d'une sonde plongée dans le bassin à travers la petite ouverture péritonéale, qu'il n'était point pénétré de liquide dans la cavité du péritoine. Le cordon fut alors remis en

place, et l'on procéda à la réunion qu'on effectua par 3 points de suture profonde et 6 points de suture superficielle. L'opération avait duré trois quarts d'heure et la malade n'avait perdu que 40 ou 50 grammes de sang. Le soir, à la vérité, on constata un suintement assez abondant par le tube de verre laissé à demeure dans l'orifice inférieur de la plaie; 60 grammes de sérosité sanguinolente furent extraits à l'aide d'une sonde en caoutchouc. Il y eut quelques nausées mais point de vomissements chloroformiques. Réaction à peine sensible; pouls a 75. État général excellent.

Le lendemain suintement très-abondant dans les pièces à pansement qui sont traversées de part en part. Extraction de 40 grammes de liquide. Réaction modérée, peau moite, pouls à 90. Urines normales.

Le troisième jour pouls à 90. La malade a dormi une partie de la nuit. Il est survenu un peu d'ictère. Il y a un peu de céphalalgie et de l'embarras gastrique. Peau chaude sans sécheresse marquée, facies un peu vultueux. 20 grammes de liquide jaunâtre un peu odorant sont extraits par la sonde.

Le quatrième jour, pouls à 125. La malade a dormi une grande partie de la nuit. Les linges sont inondés de liquide, malgré un pansement supplémentaire qui a dû être fait pendant la nuit. Extraction d'une assez grande quantité de liquide jaunâtre ; 6 injections. Injections avec l'eau tiède et la solution de sulfite de soude.

Le cinquième jour, pouls à 105. L'ictère a presque complétement disparu : mais il s'est formé plusieurs abcès au niveau du point de suture. Le pus est évacué et les ouvertures sont maintenues béantes avec des mèches de charpie.

Le sixième jour, pouls à 96, peau moite, état général très-satisfaisant. Il s'écoule une abondante quantité de liquide grisâtre fétide par le tube de verre. On continue les injections avec le sulfite deux fois par jour.

Le septième jour quelques lambeaux du placenta et du cordon commencent à se détacher et sont ramenés à l'extérieur à l'aide d'une pince à pansement. L'élimination continue les jours suivants, et elle est presque complétement terminée le 24 mars, quatorze jours après l'opération. Dès ce moment la fétidité diminue, une suppuration franche s'établit peu à peu dans l'intérieur de l'œuf dont la capacité diminue progressivement. La malade se lève et mange avec beaucoup d'appétit.

Le 12 avril, il n'a y a plus qu'un suintement insignifiant par le tube, dont le calibre a été de beaucoup diminué. La poche a diminué con-

sidérablement de volume et est réduite à une masse de 4 à 5 centimètres de diamètre. La malade demande à retourner dans sa famille. On lui recommande de laisser le tube de caoutchouc jusqu'à ce que le suintement cesse entièrement.

Remarque. — Le corps du fœtus était à peine altéré malgré sa macération de quatre mois et demi dans le liquide amniotique et sauf une desquamation épidermique que l'on produisait facilement par le frottement avec la main, on aurait pu croire que la mort ne remontait qu'à une date beaucoup plus récente. Les muscles étaient rouges comme chez le fœtus à terme et les fibres musculaires, examinées au microscope ne présentaient aucune altération variable, sauf l'état granuleux encore assez prononcé.

II. — Observation de gastrotomie pratiquée avec succès dans un cas de grossesse extra-utérine ayant duré quatorze mois, par M. Kœberlé.

Mme B... de Wiesbaden, âgée de 22 ans, s'est mariée en septembre 1869, et a été réglée, pour la dernière fois, en novembre. En janvier 1870 elle a eu des vomissements répétés et des symptômes d'une grossesse commençante.

Au mois de mai, indisposition très-grave et prolongée. Les médecins qui avaient reconnu tout d'abord une grossesse, pensèrent alors qu'il se produirait une fausse couche ; puis, comme celle-ci n'eut pas lieu, on supposa une inflammation de la matrice. L'état s'améliora cependant peu à peu, mais il resta une douleur persistante parfois très-vive dans le côté droit du bas-ventre. A partir du 19 avril, Mme B... crut percevoir de légers mouvements de l'enfant, mouvements qui furent également constatés par les médecins au mois de mai.

Cet état persista jusqu'au 26 septembre. Il se déclara alors des douleurs excessivement vives. Les médecins considérèrent ces douleurs comme des symptômes précurseurs de l'accouchement. Ces douleurs persistèrent pendant plusieurs semaines et purent être calmées quelque peu par des injections sous-cutanées de morphine. L'état de la malade ne se modifia que très-peu. Les mouvements de l'enfant cessèrent d'être perçus et Mme B... en conclut que l'enfant était mort. Lorsque Mme B... faisait part de ses conjectures à ses médecins, ils lui répondaient que cela ne pouvait avoir lieu et qu'on s'était simplement trompé sur l'époque de l'accouchement.

Vers le milieu du mois de novembre il y eut un peu d'écoulement sanguinolent par le canal génital et l'on en conclut que l'enfant était mort et devait être bientôt expulsé. Les douleurs abdominales et celles du côté droit persistèrent sans toutefois être aussi violentes que par le passé, et Mme B... put faire, au courant du mois de février, un voyage à Würtzbourg pour consulter M. de Scanzoni.

M. de Scanzoni, ayant reconnu que la matrice était vide, pensa d'abord à l'existence d'une grossesse extra-utérine, mais il crut devoir admettre de préférence la formation d'un kyste colloïde de l'ovaire.

État actuel. Mme B..., quoique un peu amaigrie, offre les apparences d'une bonne santé. Les douleurs abdominales sont parfois extrêmement vives et elles nécessitent des injections sous-cutanées de morphine. Le ventre mesure 1^{m},02 de circonférence. Sa forme est irrégulièrement saillante et un peu plus développée à droite qu'à gauche. Il est très-vergeté et saillant surtout dans la région sous-ombilicale. La consistance en est variable. Il offre à la partie moyenne une fluctuation évidente. En bas du côté gauche on perçoit des bosselures dures, mais il est impossible de déterminer aucune partie fœtale. Il n'existe nulle part de bruit de souffle et pas de battements redoublés. La tumeur abdominale présente les caractères d'une grossesse, d'un kyste de l'ovaire ou d'une tumeur utérine. La tumeur est adhérente à la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic. La cavité pelvienne est libre, on ne sent aucune partie de la tumeur abdominale. La matrice est fortement refoulée à gauche et présente une profondeur de 8 centimètres. Le col utérin est normal, on n'a jamais constaté de battements redoublés d'un fœtus, mais les aréoles du sein sont devenues très-foncées pendant la grossesse présumée, et ont pâli peu à peu depuis la fin de l'année précédente. La tumeur abdominale a commencé à se former au commencement de l'année 1870 et s'est accrue jusque vers le mois de janvier de cette année. Depuis elle a cessé de s'accroître et paraît avoir diminué assez sensiblement.

De la marche de l'affection, de l'ensemble des symptômes qui se sont présentés et de l'état actuel, j'ai conclu à une grossesse extra-utérine. L'enfant devait être à terme et comme on ne peut distinguer aucune partie fœtale, j'ai conclu que l'enfant devait se présenter le dos en avant et la tête dans la fosse iliaque droite, et que le placenta devait être en grande partie disposé sur la partie antérieure, et masquer les parties fœtales. En ne tenant aucun compte des renseignements fournis par la malade on ne pouvait guère confondre la tumeur abdominale qu'avec un kyste dermoïde. Mais la marche de l'affection me paraissait devoir faire rejeter l'hypothèse.

M. le professeur Stoltz qui a bien voulu voir la malade pour m'éclairer de ses conseils, n'a pas cru devoir se prononcer sur l'existence d'une grossesse.

L'opération eut lieu le 28 février 1871, en présence de MM. Stoltz, Blum et Lauth (1).

Incision d'environ 20 centimètres dans la direction de la ligne blanche entre l'ombilic et le pubis, et jusque sur le péritoine. Le kyste adhérait à la séreuse et le placenta se trouvait disposé sur la partie antérieure, comme le diagnostic l'avait fait présumer à M. Koeberlé. Voulant éviter de pénétrer dans la cavité péritonale proprement dite, M. Koeberlé n'incisa le kyste que dans une étendue d'environ 10 à 12 centimètres. Pour arriver jusque sur le fœtus il dut traverser le placenta. Celui-ci était très-épais, surtout vers sa partie inférieure où il offrait une couche de 7 à 8 centimètres de profondeur. Il s'amincissait beaucoup par le haut, était assez résistant et présentait, dans son intérieur, d'anciens caillots hémorrhagiques à divers degrés de conservation. Les vaisseaux étaient d'ailleurs complétement oblitérés et il ne s'écoula pas de sang. Le kyste et le placenta ainsi ouverts, M. Koeberlé glissa le doigt sur le dos du fœtus, alla à la recherche des pieds, pratiqua la version et commença l'extraction de l'enfant qui se présentait dans la position établie par le diagnostic. Le siége et le tronc passèrent sans difficulté, mais, au moment d'engager la tête, il se fit une rupture de 3 à 4 centimètres à la partie supérieure de l'incision. Le kyste n'était plus adhérent au péritoine dans ces parties et il y eut sortie de l'épiploon et d'anses intestinales. M. Koeberlé fit alors l'excérébration et l'extraction fut terminée facilement. Le kyste fut épongé pendant qu'un aide en soulevait l'extrémité supérieure afin d'empêcher la pénétration du liquide amniotique dans le péritoine. L'enfant était à terme et parfaitement conformé.

M. Koeberlé pratiqua la réunion de la plaie de la manière suivante. Il fallait tout d'abord remédier à l'accident qui s'était produit pendant l'extraction et empêcher le kyste de communiquer avec la cavité péritonéale par la déchirure. Pour obtenir ce résultat, M. Koeberlé s'y

(1) J'ai rédigé moi-même cette seconde partie de l'observation d'après les indications que m'a fournies M. Kœberlé. N'ayant pas assisté à l'opération, je me suis contenté d'énumérer les détails les plus importants. M. Kœberlé se propose d'ailleurs de réunir en un mémoire particulier toutes ses observations de grossesse extra-utérine, et d'en faire l'objet d'un travail original.

prit d'une façon fort simple mais très-ingénieuse. Il adossa l'angle supérieur de la plaie abdominale à la déchirure du kyste à l'aide de deux points de suture qui traversaient perpendiculairement les tissus, en regard l'un de l'autre, et à environ 2 centimètres des bords de la plaie. Il donna aux chevilles une direction telle qu'elles formaient entre elles un angle dont l'ouverture regardait en bas. Les parois de la poche se trouvaient ainsi solidement fixées dans toute l'étendue de la déchirure, contre celles de l'abdomen et le kyste formait de nouveau une cavité indépendante de celle du péritoine. Comme deux chevilles allaient se trouver dans l'intérieur de la poche, M. Koeberlé eut la précaution de les munir chacune d'un fil qui lui permit de les retirer plus tard par la partie de la plaie qui resterait ouverte.

La réunion de la plaie abdominale fut faite comme dans toutes les gastrotomies par deux points de suture profonde placés à 4 ou 5 centimètres des bords de la plaie et 5 ou 6 points de suture entortillée pour les parties superficielles. Une ouverture de 5 ou 6 centimètres fut laissée à la partie inférieure. M. Koeberlé y engagea le cordon et les deux fils des chevilles internes, et plaça deux gros tubes de caoutchouc, tant pour empêcher la réunion de la plaie, que pour permettre l'extraction des liquides et le nettoyage ultérieur de la poche.

L'opération avait duré environ une heure et la malade n'avait perdu qu'une quantité de sang tout à fait insignifiante, environ 30 ou 40 grammes.

La malade alla parfaitement bien après l'opération. Au deuxième et troisième jour commença une suppuration fétide et la température s'éleva. L'élimination du placenta dura du septième au dix-septième jour. Au dixième, il y eut des accidents de sépticémie, mais ils cédèrent à un traitement de deux jours par le sulfate de quinine. Ils semblaient être dus en partie à l'accumulation de gaz de décomposition sous la membrane amniotique et M. Koeberlé eut soin de donner issue à ces gaz à chaque pansement. Les lambeaux de placenta furent extraits au fur et à mesure qu'ils se détachaient. On enleva les points de suture qui réunissaient la plaie abdominale, le cinquième jour, et deux jours plus tard ceux qui fermaient la communication du kyste avec le péritoine.

Les chevilles internes furent retirées par l'angle inférieur de la plaie au moyen des fils dont elles étaient munies. Pendant tout le temps du traitement, on fit des injections de sulfite de soude dans l'intérieur de la poche trois ou quatre fois par jour.

Le kyste revint peu à peu sur lui-même, mais il continua à donner du pus. Cette suppuration était entretenue par la présence d'une

quantité considérable de petites incrustations calcaires qui tapissaient la surface interne de la poche. M. Koeberlé fit des injections d'iode pour les dissoudre. La malade put quitter Strasbourg un mois après l'opération. Elle a été revue par M. Koeberlé au mois d'août dernier, c'est-à-dire cinq mois après l'opération. Elle allait parfaitement bien, mais il persistait toujours une petite fistule donnant issue à un très-léger écoulement, et qu'on entretiendra jusqu'à ce que la poche soit complétement cicatrisée à l'intérieur.

Je ne ferai suivre ces deux observations que de quelques conclusions remarquables.

Dans l'un et l'autre cas et surtout dans le second, la marche de la grossesse a été troublée par des accidents de péritonite, comme cela s'observe souvent dans les grossesses abdominales. Ces accidents n'ont cependant pas été très-sérieux, et la véritable nature de la grossesse n'a pu être soupçonnée qu'après le terme. Celui-ci s'est manifesté dans les deux cas par ses symptômes caractéristiques : mouvements tumultueux de l'enfant, douleurs vives perçues par la mère, évacuation de la caduque utérine. Après la mort de l'enfant il y eut chaque fois de nouveaux accidents de péritonite qui se sont calmés au bout d'un certain temps, et au moment de l'opération les deux malades se trouvèrent dans un état de santé tout à fait satisfaisant.

Le diagnostic que M. Kœberlé eut à poser fut beaucoup plus difficile dans le second cas que dans le premier. Dans celui-ci les signes de la grossesse avaient été trop manifestes pour qu'il pût y avoir doute sur la nature de la tumeur abdominale, les seins donnaient encore du lait, l'utérus était vide, et les parties fœtales étaient nettement perçues.

Dans le second cas, au contraire, les renseignements fournis par la malade et ses médecins sur l'évolution de la grossesse, étaient beaucoup moins positifs et les signes que donnait l'examen de la tumeur beaucoup moins nets. Pourtant, M. Kœberlé avec sa grande habitude des tumeurs abdominales, n'a pas hésité à poser son diagnostic.

On remarquera dans ces deux observations le soin avec lequel

M. Kœberlé a constaté l'existence des adhérences du kyste avec les parois abdominales, et dans la seconde, les raisons qui lui ont fait soupçonner que le placenta s'insérait sur la paroi antérieure.

Le manuel opératoire des deux opérations a été celui des gastrotomies en général. L'incision a été faite sur la ligne blanche et dans les points où les adhérences en avaient été constatées. Dans les deux opérations il y a eu déchirure partielle de la poche et communication avec le péritoine. Insignifiante dans la première, cette déchirure était plus considérable dans la seconde. On a vu de quelle façon ingénieuse M. Kœberlé s'y est pris pour parer aux suites que cette complication eût pu amener. Les enveloppes et les insertions placentaires ont été soigneusement respectées.

La réaction inflammatoire a commencé au deuxieme et au troisième jour avec la fonte gangréneuse du placenta. L'élimination de ce dernier a duré une dizaine de jour. C'est pendant cette période que la fièvre a été la plus forte; une suppuration franche s'est établie dans le kyste aussitôt que l'élimination du placenta a été terminée. La plaie s'est unie dans les deux cas par première intention, et les malades étaient rétablies au bout de trois semaines. Elles ont conservé toutes deux pendant plusieurs mois une petite fistule. En résumé le résultat des deux opérations a été aussi beau que rapide.

PREMIÈRE PARTIE.

Etude générale des grossesses extra-utérines.

CHAPITRE Ier.

SIÉGE ET CLASSIFICATION DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

On a beaucoup discuté dans le commencement de ce siècle, sur le siége et la classification des grossesses extra-utérines. Aujourd'hui la question est à peu près jugée, et l'on est généralement d'accord pour en admettre quatre formes principales : 1° la *grossesse ovarique*, 2° la *grossesse tubaire*, 3° la *grossesse interstitielle*, 4° la *grossesse abdominale*. C'est cette classification que nous adopterons dans le cours de ce travail. Elle repose, comme on voit, sur le siége anatomique de l'œuf.

1° *Grossesse ovarique*. Existe-t-il réellement une grossesse *ovarique*, c'est-à-dire une grossesse dans laquelle l'œuf se développe dans la substance même de l'ovaire ou, à mieux parler, dans le follicule de Graaf? Dans l'état actuel de la science il est difficile de se prononcer catégoriquement sur cette question. Pourtant il est quelques observations qui militent en faveur de cette forme de grossesse extra-utérine, et elle est admise par la plupart des auteurs classiques. Kiwisch (1) a cherché à expliquer sa formation en disant que l'ovule peut rester dans le follicule de Graaf après la déchirure, et y être fécondé par le sperme. Si alors l'ouverture se referme par cicatrisation, l'ovule fécondé est emprisonné à nouveau, et s'il se développe il y aura grossesse réellement ovarique.

(1) Klinische Vortraege, Prague, 1849, p. 231.

D'autre part, on sait que M. Coste (1) et d'autres physiologistes ne sont pas éloignés d'admettre que l'ovule ne puisse être fécondé avant la rupture de la vésicule ovarienne et dans l'intérieur même de celle-ci. Si ces faits étaient réellement démontrés, il est évident qu'ils seraient d'une grande valeur pour faire admettre la possibilité des grossesses ovariques; puisque la principale objection qu'on a faite, c'est la nécessité d'un contact direct du sperme avec l'ovule, contact que l'on croyait impossible sans rupture préalable du follicule.

Nous n'insisterons pas sur ces questions. Comme nous l'avons dit, il existe un certain nombre d'observations où le siége de la grossesse semble avoir été bien réellement dans l'ovaire. Les plus connues de ces observations sont celles de Littre, de Bœhmer, dans le dernier siècle ; de Heim (2), de Kiwisch, de Virchow (3), de Hess, dans le nôtre. Nous citerons plus spécialement, celle qu'a publiée Hecker en 1858.

La tumeur était de la grandeur d'une tête d'enfant de 2 ans, de parois assez minces ressemblant à un kyste de l'ovaire. Dans un des points se trouvait une forte déchirure ; elle contenait un fœtus de 18 à 20 semaines. On ne trouvait pas trace de la trompe, l'autopsie ayant dû être faite très à la hâte, et le diagnostic eût été fort difficile si l'on n'eût pas remarqué à la partie inférieure une petite tumeur tout à fait semblable à celle que Kiwisch a décrite et qui fut reconnue comme étant l'ovaire; il renfermait des follicules de Graaf. Il était évident que l'œuf était en rapport intime avec la glande, mais on devait se demander si ce n'était pas de simples rapports de contact, consécutifs au développement de l'œuf. On en fit donc une dissection minutieuse, mais quelques soins que l'on prît, on ne parvint pas à détacher l'œuf de l'ovaire, sans produire une solution de continuité, ce qui aurait dû pouvoir se faire dans un cas aussi récent, s'il y avait eu seulement des adhérences adhésives. Bien plus, on vit que la

(1) Détermination du lieu précis où s'opère la fécondation chez les animaux sup. ; compte-rendu de l'Acad. des sc., 1850.

(2) Arch. fur path. anat. v. Virchow, II, p. 13.

(3) Verhandl. der phy. med. ges. Wurtzbourg, I, 1850.

membrane du kyste se continuait directement avec l'enveloppe de l'ovaire, ce qui ne permettait pas de douter que le kyste était produit par la dilatation des membranes de l'ovaire, et qu'on avait affaire à une grossesse ovarique interne. L'auteur ajoute que malgré les preuves que cette observation semble apporter à l'existence de cette forme de grossesse, il faut attendre pour se prononcer définitivement un cas où la grossesse serait encore plus récente (1).

II. *Grossesse tubaire.* — Celle-ci a toujours été la moins contestée de toutes les formes de grossesses extra-utérines, et cela tient autant à sa fréquence relative, qu'à l'époque généralement peu avancée de sa terminaison et à la facilité que l'on a de reconnaître son siége à l'autopsie. C'est aussi la forme que l'on comprend le mieux *à priori*. Rien de plus admissible en effet, que ce développement de l'œuf dans le conduit de la trompe, appendice et continuation naturelle de la matrice, tapissée comme elle d'une membrane muqueuse, et rien de plus facile que d'imaginer toutes sortes de causes pouvant s'opposer à la migration complète de l'ovule au travers de ce canal, qui va en se rétrécissant du pavillon à l'utérus.

III. *Grossesse interstitielle.* — Dans cette forme de grossesse, étudiée surtout par Mayer, Carus, Breschet et Dugès, l'ovule se développe dans la partie de la trompe qui traverse la paroi utérine, ou bien encore, comme certains faits tendraient à l'établir, dans le conduit anomalique qu'a décrit Baudelocque, et qui traverse les parois de la matrice en allant du canal de la trompe à celui du col.

IV. *Grossesse abdominale.* — L'œuf se développe ici dans l'intérieur même de la cavité abdominale, c'est-à-dire directement sur le péritoine. On l'appelle encore pour cette raison grossesse péritonéale.

Les auteurs en admettent deux espèces, la grossesse abdominale primitive et la grossesse abdominale secondaire.

(1) Monatschrit fur Geburtskunde, XIV, 1858.

Dans la primitive l'ovule n'a jamais été en contact qu'avec la séreuse. A la rupture du follicule de Graaf, il est tombé sur le péritoine, s'y est fixé et s'y est développé. Dans la grossesse abdominale secondaire, le produit de la conception a au contraire commencé son évolution dans la matrice ou dans la trompe, et n'a été porté dans le péritoine qu'après la rupture des organes.

Certains auteurs, et notamment Deziémeris dans l'article qu'il a publié dans le *Journal des connaissances médico-chirurgales* (1836), ont décrit plusieurs autres formes de grossesses extra-utérines. Ce dernier en admet dix espèces. Parmi ces formes les unes ne sont que des variétés de grossesses tubaires ou abdominales; telles sont les grossesses tubo-abdominales ou tubo-ovariques, où l'ovule s'est développé sur le pavillon et s'est mis en rapport avec les organes pelviens environnants. Il en est de même de la grossesse *sous-péritonéo-pelvienne*, qui est une grossesse tubaire présentant cette particularité, que le kyste formé par la trompe a cédé à la partie musculaire et muqueuse et que l'œuf a pu continuer à se développer en séparant l'un de l'autre les deux feuillets du ligament large, et en se glissant par conséquent sous la séreuse abdominale.

Enfin des observations anciennes, de Patuna, de Laugier, de Hey, de Hofmeister. de Herbin, de Mondat, de Fielitz parlent de grossesses extra-utérines dans lesquelles on aurait trouvé le fœtus dans la cavité abdominale, et le placenta dans la trompe où la matrice sans rupture de cette dernière ; ou bien encore le placenta dans la trompe et le fœtus dans l'utérus, et *vice versa.* Mais comme Velpeau et Kiwisch l'ont fait remarquer, aucune de ces observations ne présente de garanties suffisantes, et plusieurs d'entre elles peuvent être interprétées tout autrement que ne l'ont fait leurs auteurs. Aussi n'est-il pas permis jusqu'ici d'admettre avec Dézeiméris des variétés de grossesses extra-utérines fondées sur ces seules observations.

Mais il est une autre espèce de grossesse extra-utérine que nous devons mentionner : ce sont les grossesses dites extra-abdo-

minales. La médecine en possède aujourd'hui quelques remarmarquables exemples. Ces grossesses extra-abdominales se développent dans des hernies inguinales mais surtout crurales. Elles sont situées par conséquent, non-seulement hors de la matrice, mais encore hors de la cavité abdominale proprement dite. Ces faits sont trop rares et trop curieux pour que nous ne citions point ceux que nous connaissons.

C'est ainsi que Widerstein (1) a publié l'observation d'une femme portant une tumeur inguino-fémorale formée par le développement d'une grossesse dans une hernie de l'ovaire que la malade portait depuis son enfance. La tumeur occupait la fosse ovale et comme elle causait de vives douleurs, Widerstein se décida à opérer. Il fit une incision à la tumeur et tomba sur une poche membraneuse dans laquelle se trouvait le fœtus. La malade guérit rapidement.

En 1861 Müller (2) a opéré une grossesse de l'aine de droite, et extrait un fœtus vivant et à terme. La mère succomba à une hémorrhagie foudroyante une heure après l'opération. Le placenta avait été extrait.

Le Dr Skrivan (3) a eu le bonheur de sauver la mère. Au commencement de la grossesse la femme avait éprouvé une sensation semblable à celle de la chute d'un corps arrondi dans un sac herniaire qu'elle portait au côté gauche. L'opération fut faite à terme. L'enfant était vivant mais dans un état d'asphyxie si avancé qu'il ne put être conservé. La mère guérit rapidement (4).

(1) Schmidts, Jahrbuch, 1853, b. LXXX, n. 10, 38.

(2) Allgem, Wiener, med. zeitsch., 1862, no 29.

(3) Id., 1850.

(4) Je n'ai pu me procurer ces deux dernières observations avec tous leurs détails. Il est possible que ces grossesses s'étaient développées dans des utérus herniés. Mais quant à la première, le doute n'est pas permis, elle était extra-utérine et extra-abdominale.

On a souvent confondu avec les grossesses de la trompe celles développées dans des cornes d'utérus anormaux. Ces dernières ont été particulièrement étudiées par MM. Stoltz (1), Rokitansky et Kussmaul (2). C'est la position du ligament rond et la présence de glandes à l'intérieur de la poche qui permet de les reconnaître sur le cadavre. Baart de la Faille (3) a démontré qu'on avait fait la même confusion, à l'égard des grossesses interstitielles. Le caractère distinctif d'après lui, réside en ce que dans la grossesse des cornes une partie musculeuse assez épaisse à large base ou pédiculée, sépare toujours la cavité du kyste de celle de la matrice, tandis que dans l'interstitielle, les deux cavités ne sont séparées que par une couche excessivement mince de tissu utérin. Les grossesses des utérus anormaux se rapprochent beaucoup des grossesses extra-utérines par leurs symptômes et par leur terminaison, et les indications que comporte leur traitement sont en général les mêmes. Il est d'ailleurs très-difficile sinon même impossible dans la plupart des cas, de les différencier sur le vivant.

CHAPITRE II.

ETIOLOGIE DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

Les causes des grossesses extra-utérines sont en partie connues : ce sont d'abord toutes celles qui mettent un obstacle quelconque à la migration de l'œuf au travers de la trompe, comme les imperforations ou les vices congéniaux des trompes, leur oblitération par d'anciennes inflammations adhésives, par des bouchons de mucosités, des polypes; la présence de tumeurs de la

(1) Bulletin de la Société anat., 1860, p. 187.

(2) Von der Mangel der Verkümmerung und Verdopplung der Gebaermutter, Würtzbourg, 1859.

(3) Monatsch., f. Geb. XXI.

matrice comme cela s'est présenté dans les cas observés par MM. Stolz (1) et Bœhmer (2), ou d'autres tumeurs pelviennes comprimant le tube de Fallope, des brides accidentelles, suites de péritonites si fréquentes chez la femme, et bouchant l'orifice du pavillon ou empêchant son libre jeu, etc., etc.. Les causes morales comme une violente frayeur, des émotions subites au moment du coït, ou peu après, peuvent-elles avoir une influence sur la formation des grossesses extra-utérines? La plupart des auteurs l'admettent, et Velpeau (Diction. en 30 vol.) cite en effet plusieurs cas où de pareilles coïncidences ont été observées. Dans le cas de Bellivier, la femme aurait été effrayée pendant l'acte vénérien par une pierre lancée du dehors dans la chambre. Baudelocque parle d'une femme surprise dans les bras de son amant; Lallemant, Pareyra, Vieweg, citent des faits semblables. Il n'est pas impossible que, dans ces conditions, il se produise un spasme capable d'arrêter l'ovule dans la trompe, ou même de la faire ressortir du côté de la cavité abdominale. Pourtant ces faits sont loin d'être démontrés.

Kiwisch (3) à propos de l'étiologie des grossesses extra-utérines a fait remarquer avec beaucoup de justesse que même à l'état physiologique, nombre d'œufs étaient exposés à ne pas être recueillis par la trompe. Il dit que le jeu de celle-ci sur l'ovaire est en réalité beaucoup moins facile que la théorie ne semble l'indiquer, et qu'il n'est pas prouvé du tout que le pavillon de la trompe soit toujours étalé comme une griffe sur l'ovaire au moment de la rupture de la vésicule. Bien des ovules et notamment la plupart de ceux qui naissent sur la partie postérieure et inférieure de la glande, doivent tomber dans le péritoine où la fécondation pourra en faire des grossesses extra-utérines. L'é-

(1) Thèse de Roth, Strasbourg, 1844.
(2) Observat. anatomic. raris, fascicule II, obs II, 1752.
(3) Klinische Vortraege, II, 227.

tonnant serait même que le nombre des grossesses abdominales ne fût pas plus fréquent. Il faudrait admettre que la plupart de ces ovules ne subissent pas le contact des spermatozoïdes ou bien encore que les conditions anormales dans lesquelles ils se trouvent les empêchent de se développer.

Les affections organiques de la matrice, cancer et autres, des traumatismes, peuvent donner lieu à des grossesses extra-utérines en permettant la rupture des parois de la matrice et la pénétration de l'œuf dans l'abdomen. Tel est le cas que nous rapportons plus loin et qui a été publié par M. Tuefferd de Montbéliard. Certains faits tendraient même à prouver qu'un œuf échappé de la matrice ou d'un kyste tubaire au commencement de son évolution peut se regreffer à nouveau sur le péritoine et continuer son développement. (Braxton Hicks. Obstet. Trans. VII, 1, 1867).

Nous terminerons ce rapide aperçu sur l'étiologie des grossesses extra-utérines, en rapportant deux exemples de semblables grossesses dont les causes ont été aussi rares que curieuses. Le premier a été rapporté par M. Lecluyse; nous résumons l'observation plus loin. La grossesse extra-utérine fut consécutive à une opération césarienne pratiquée, quelques années auparavant, pour angustie pelvienne. La plaie de la matrice ne s'était pas cicatrisée et l'œuf avait pu s'échapper par cet orifice anormal. Telle est du moins l'explication donnée par l'auteur.

Le second fait est encore inédit ; c'est à l'obligeance de M. Kœberlé que nous devons de pouvoir le citer. Cette grossesse se produisit chez une dame que M. Kœberlé avait opérée d'une tumeur fibreuse de la matrice. Tout le corps et une partie du col de l'utérus avaient été amputés, mais on avait dû laisser les annexes, par la raison que leur extraction eût pu compromettre le succès de l'opération. La malade guérit complétement, mais une fistule persista, paraît-il, au travers de la cicatrice du col et la fécondation put se faire par cet orifice. La dame eut une grossesse extra-utérine, deux ans après l'opération et elle en mourut.

M. Kœberlé ne fut d'ailleurs pas informé de cette grossesse. Il apprit en même temps la mort de la malade et la cause étrange qui l'avait provoquée.

CHAPITRE III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

Avant d'entrer dans les détails concernant chaque espèce de grossesse extra-utérine, nous devons rappeler un fait qui se rapporte indistinctement à toutes les formes des grossesses; c'est que l'œuf n'y diffère en rien de ce qu'il est dans les grossesses normales. Il résulte en effet de toutes les observations, que le lieu d'implantation du germe n'exerce pas d'influence sur son développement ultérieur, en tant qu'on ne considère ce développement qu'au point de vue des transformations embryogéniques. L'œuf de la grossesse extra-utérine présente toujours sa structure et sa composition normales. C'est à tort que l'on a voulu prétendre que les membranes pouvaient manquer. Quand on ne les a pas retrouvées à l'autopsie, c'est qu'elles avaient été détruites par les changements survenus dans le sujet après la mort du fœtus. Il y a quelques exemples de monstres extra-utérins, mais ce sont de rares exceptions, qui n'infirment en rien la loi générale. Quand la grossesse arrive au terme, l'enfant est d'ordinaire parfaitement développé et bien conformé. Quelquefois même les enfants extra-utérins sont remarquables par leur poids et leur grandeur, cela tient alors le plus souvent à ce qu'ils ont dépassé le terme normal de l'évolution fœtale. Nous reviendrons sur ce fait un peu plus loin.

Grossesse ovarique. — D'après ce que nous avons dit plus haut des grossesses ovariques, on comprend qu'il serait difficile de faire dans l'état actuel de la question une description typique de ces sortes de grossesses. Comment se comporte le follicule de

Graaf vis-à-vis de l'œuf emprisonné dans son intérieur? Ces grossesses sont-elles capables d'un grand développement, peuvent-elles arriver au terme? Faut-il admettre, comme nous serions tenté de le faire, que certaines grossesses décrites comme abdominales dans lesquelles l'œuf était renfermé dans un kyste lisse à sa surface, ne présentant d'adhérences que dans les points correspondants aux attaches placentaires, et offrant une structure comparée par les auteurs à celle d'un kyste de l'ovaire ou de l'albuginée ; faut-il admettre que ces grossesses étaient ovariques ? Le Dr Hess (1), dans sa thèse inaugurale, a publié un cas de grossesse extra-utérine arrivée au septième mois, qu'il croit ovarique, et qui se rapporte assez à la description que nous venons de faire. Nous en dirons autant de celle de Ramsbotham et Adams, que nous résumons au chapitre qui traite de la gastrotomie. Le kyste présentait une coloration blanche, brillante, la paroi mince et fibreuse n'avait contracté aucune adhérence avec le péritoine pariétal. L'avenir éclaircira sans doute tous ces points, mais aujourd'hui il nous semble impossible de se prononcer. Disons pourtant que dans la plupart des cas cités comme grossesse ovarique, le kyste s'est rompu de bonne heure comme dans la grossesse tubaire.

Grossesse tubaire. — On ne connaît qu'un seul cas authentique de grossesse tubaire parvenue au terme. Encore est-il tout récent. Il a été publié par Otto Spiegelberg, en 1870. D'ordinaire cette forme de grossesse se termine par rupture dans les trois ou quatre premiers mois. Aussi, jusqu'à l'année passée, la plupart des faits d'anatomie pathologique la concernant, se rapportaient-ils à des grossesses n'ayant pas dépassé la première moitié de l'évolution. Comme le cas de Spiegelberg est tout-à-fait exceptionnel, nous commencerons cette étude par celle de la grossesse tubaire ordinaire, c'est-à-dire se rompant de bonne heure.

A l'autopsie des femmes mortes de rupture de grossesse tu-

(1) Thèse de Zurich, 1869.

baire, on trouve une tumeur cystique formée par la dilatation de la trompe, et offrant une déchirure. Les parois de la tumeur sont celles de la trompe elle-même, mais la gestation leur a fait subir certaines modifications que nous allons rapidement décrire. La muqueuse offre un aspect tomenteux; elle est épaissie, fortement vascularisée, et quelquefois tapissée de prolongements papilliformes dus au développement de ses plis normaux. Les veines et les capillaires sont très-développés et forment souvent de vrais sinus dans lesquels plongent les villosités choriales (Oldham (1), Braston Hicks (2), Rokitansky (3). Les adhérences de ces dernières avec les tissus maternels sont généralement fort lâches, ce qui explique la fréquence des hémorrhagies dans ces sortes de grossesses. Cette muqueuse tubaire ainsi modifiée rappelle, comme on voit, la caduque uterine. Pourtant, le travail est toujours beaucoup moins actif dans la trompe que dans l'utérus; il ne se forme jamais de caduque réfléchie, et l'œuf, comme l'a dit Kiwisch, est à nu dans son kyste. Ces faits n'ont d'ailleurs rien d'extraordinaire, puisque nous savons que la muqueuse de la trompe est totalement dépourvue de glandes, et que ces dernières jouent le principal rôle dans la formation de la sérotine. Dans une observation de Kussmaul (4), il est rapporté que la muqueuse était complétem atrophiée sur tous les points situés en dehors des insertions placentaires. La couche musculaire présente aussi en général une certaine augmentation d'épaisseur, et le microscope démontre que la fibrille y est hyperthrophiée comme dans l'utérus gravide. Mais ici encore le mouvement est bien moins énergique, et surtout moins régulier que dans cette dernière. Le plus souvent ce ne sont que les parties les plus rapprochées de la matrice qui subissent ces modifications compensatrices, et il se

(1) Guys hospit. report., 1843, oct., 489.
(2) Monatsch fur geburts, 1863.
(3) Dehrb. der an. path., II, 610.
(4) Loc. citat., p. 302.

trouve toujours des points où le kyste est très-aminci. Il semble même réduit parfois à l'enveloppe péritonéale proprement dite. Aussi n'est-il pas étonnant que ces grossesses se terminent si fréquemment par la rupture de la poche.

Du côté de la séreuse on ne trouve que rarement des modifications importantes. Les adhérences du kyste avec les organes voisins ne se présentent que lorsque le cours de la grossesse a été marqué de péritonites, par suite de ruptures incomplètes ayant permis la continuation temporaire de l'évolution. Mais ces cas ne sont pas fréquents, et le plus souvent la tumeur n'est fixée que par ses attaches naturelles. La connaissance de ce fait a son importance au point de vue du traitement de la grossesse tubaire par l'extirpation. Un véritable placenta se rencontre rarement dans la grossesse tubaire, la rupture se faisant d'ordinaire avant qu'il ne soit concentré. L'œuf est fixé par des touffes des villosités choriales disséminées autour du chorion. Cette disposition s'observe quelquefois jusqu'au troisième ou quatrième mois de l'évolution. Elle s'explique par la difficulté relative que l'œuf trouve à se nourrir.

La partie du canal de la trompe qui n'est pas occupée par l'œuf est quelquefois oblitérée; plus souvent elle est perméable, surtout du côté de l'extrémité abdominale. On arrive alors directement sur l'œuf, avec un stylet, par les orifices naturels. Dans la grossesse interstitielle, on n'a souvent pas retrouvé l'orifice de communication avec la trompe ou la matrice; ce fait avait frappé certains observateurs, et notamment Breschet, qui en avait conclu que l'ovule avait passé de la cavité utérine dans le tissu même de l'utérus ou dans un de ses sinus. Il est plus naturel d'admettre que l'ovule était logé primitivement dans un diverticulum de la partie utérine de la trompe, et que l'orifice de communication s'est oblitéré consécutivement.

Le kyste présente d'ordinaire une déchirure dont la longueur varie de 2 à 10 ou 15 centimètres, selon le développement de la tumeur. L'œuf est tantôt dans la poche, tantôt dans la cavité

abdominale, entraîné qu'il a été par l'ondée sanguine, ou bien encore expulsé par la contraction musculaire pendant la rupture. La cavité abdominale renferme toujours une grande quantité de sang, cause directe de la mort.

Dans la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, la rupture, comme nous l'avons dit, n'intéresse que la partie musculaire du kyste, et l'œuf continue son développement sous le péritoine. On comprend les modifications que cette transformation doit amener dans l'évolution de la grossesse, et les rapports nouveaux que l'œuf contracte avec les organes voisins. Quelques observations, et notamment celle de MM. Decori et Pelvet, citée par le Dr Legouest (1) sembleraient prouver que dans ces conditions la grossesse peut arriver au terme. Mais les faits sont encore beaucoup trop peu nombreux, et trop peu étudiés, pour qu'il soit permis de préciser quelque chose à cet égard.

Quand la grossesse a son siége primitif dans le pavillon, celui-ci se soude aux organes voisins, surtout à l'ovaire. Le kyste est alors constitué par les trompes hypertrophiées, les organes pelviens et des membranes de nouvelle formation. Ces grossesses se rapprochent beaucoup plus alors des grossesses abdominales, que des grossesses tubaires.

Dans toutes les grossesses extra-utérines, mais particulièrement dans les grossesses tubaire et interstitielle, la matrice est augmentée de volume. Elle est développée comme au deuxième ou troisième mois, et tapissée à l'intérieur d'une caduque. On trouve de même les modifications habituelles de la grossesse dans le sein, le vagin, la symphyse pubienne, etc. Ces faits sont surtout importants au point de vue du diagnostic; nous en parlerons dans le chapitre qui traitera de cette question.

Pour ce qui concerne la grossesse tubaire parvenue au terme, nous ne saurions mieux faire que de rapporter l'observation de Spiegelberg. C'est la seule publiée avec des détails suffisants pour

(1) Thèse de Paris, 1852.

que l'existence de la grossesse tubaire ne puisse être mise en doute. L'observation de Saxtorph (1), souvent citée, n'offre pas les garanties nécessaires. Le lecteur jugera de celle de Spiegelberg (2).

La femme mourut au terme d'éclampsie. Le cours de la grossesse n'avait rien présenté de bien anormal. L'autopsie fut faite par le professeur Waldeyer. La cavité abdominale était remplie de sang et de sérosité; le sac d'un brun rouge parsemé de vaisseaux épais et de la grandeur d'un utérus à terme remontait jusqu'aux côtes et était situé au milieu de la cavité abdominale. Il présentait une petite rupture à la partie supérieure. Les parois étaient minces et soudées en arrière aux intestins grêles, à droite au cæcum, à gauche à l'S iliaque et au côlon, en bas à la vessie et l'utérus lequel était gros comme la paume de la main. Une incision faite à la partie antérieure traversa le placenta relativement assez épais : les parois se laissaient diviser en lamelles minces. Un examen attentif prouva que le kyste était relié à l'utérus à la place où commençait la trompe droite; des faisceaux musculaires allaient de la matrice dans les parois du sac. Le ligament rond était à sa place normale au-dessous du sac et considérablement épaissi. L'ovaire droit adhérait en arrière, il était comprimé et aplati. Les deux feuillets du ligament large enveloppaient le sac, on put disséquer facilement le feuillet antérieur. La trompe et le pavillon droits ne purent être retrouvés. Ils existaient à gauche. Les parois du kyste étaient minces de 1, 5 à 3 millimètres d'épaisseur selon la place. Le placenta ne présentait rien d'anormal et se laissait détacher facilement. Des vaisseaux nombreux rampaient dans les parois. Avec la sonde on passait de l'utérus dans le sac et *vice versa*. Cette opération se fit avec les plus grandes précautions pour éviter de faire fausse route. Les parois étaient farcies de muscles lisses, très-reconnaissables. La face interne du sac autour du placenta et aux environs était tapissée de prolongements papilliformes entre lesquels plongeaient les villosités placentaires. Ces papilles étaient riches en vaisseaux et ressemblaient, quant à leur structure, à des villosités ; elles étaient recouvertes d'un épithélium très-évident à certaines places. On ne trouva pas de glandes ni dans la région placentaire, ni autre part.

(1) Act. regin. Societ. med. Harniens, vol. V, nº 1.
(2) Archiv fur gynœcologie, t. I, 406.

Grossesse abdominale. — Dans la grossesse abdominale, l'œuf se trouve en contact direct avec le péritoine sur lequel il se greffe au moyen de ses villosités, comme il le fait sur la muqueuse utérine ou tubaire. Mais ici nous n'avons plus affaire à une muqueuse, mais à une séreuse. Il est donc naturel que les phénomènes qui se passent dans les parties en rapport avec cet œuf soient un peu différents de ce qu'ils sont dans la grossesse tubaire. En effet, l'irritation produite par l'œuf sur le péritoine détermine en général la formation d'exsudats fibrineux qui entourent le produit de la conception, le fixent, et lui fournissent une enveloppe protectrice, tout en lui amenant les sucs nécessaires à son développement, et les vaisseaux destinés à entretenir le placenta. Ce travail n'est pas différent de celui qui s'établit dans le péritoine autour de n'importe quel corps étranger. Ces couches exsudatives peuvent s'organiser comme toutes les formations du même genre; elles se vascularisent peu à peu et il arrive un moment où l'œuf est entouré d'une véritable membrane cellulaire, assez analogue au péritoine lui-même, et capable de suivre l'œuf dans son développement ultérieur. Pourtant ce travail d'enkystement est loin d'être identique dans tous les cas. En effet, si l'on fait l'étude comparative des résultats fournis par les autopsies de grossesse abdominale, on voit que l'on trouve tous les degrés, depuis celui où l'œuf est entouré de toutes parts par une coque fibreuse assez épaisse, jusqu'au degré où il est au contraire tout à fait à nu dans le péritoine et fixé seulement par ses attaches placentaires. Ces différences doivent tenir surtout aux constitutions diverses des femmes, au plus ou moins d'impressionnabilité du péritoine, ou bien encore aux accidents survenus pendant la grossesse. Comme types de ces variétés, nous citerons plus spécialement l'observation publiée par M. Hirtz (1) dans laquelle il est dit que l'œuf était entouré dans toute son étendue par une membrane rougeâtre adhérente, d'une part, au péritoine pariétal

(1) Gaz. méd. de Strasbourg, 1843.

et viscéral, et de l'autre au chorion. Celle de M. Luton (1), qui rapporte que les parois du kyste étaient formées : 1° d'une enveloppe générale du kyste adventif d'aspect fibreux; 2° d'un chorion d'aspect membraneux ou tomenteux; 3° de l'amnios. Comme type de la variété opposée, nous citerons l'observation intéressante communiquée par M. Lecluyse, en 1869, à l'académie de médecine belge, et que nous résumons plus loin. Il y est dit expressément que l'œuf n'avait d'autres enveloppes que l'amnios et le chorion, et d'autres attaches que celles du placenta qui se fixait sur les anses intestinales. Le même fait s'est présenté dans le cas si souvent cité de Schreyer; le placenta et les membranes se détachèrent spontanément après l'opération et furent extraites sans qu'il fût nécessaire de faire aucun effort, ce qui serait impossible à comprendre si l'œuf eût contracté des adhérences adhésives. Dans ces deux cas, la grossesse était à terme et l'enfant encore vivant.

Quand la grossesse s'est prolongée après la mort du fœtus, l'enkystement de l'œuf est la règle générale. Nous reviendrons sur ces faits plus loin. Entre ces deux extrêmes, enkystement général et absence totale de kyste, il y a toutes les nuances imaginables. Dans le plus grand nombre d'autopsies, on trouve un kyste interrompu à certaines places, qui sont plus ou moins épaisses selon le point où on les considère.

Comme les grossesses abdominales atteignent le plus souvent un développement assez considérable, il est difficile de préciser en général la partie du péritoine où a commencé l'évolution. Il est probable que c'est le plus habituellement sur le ligament large ou dans le cul-de-sac rétro-utérin. Il n'est pas besoin de donner les raisons de ces deux points d'élection.

Dans plusieurs observations décrites comme grossesse abdominale, il est fait mention de fibres musculaires dans les parois du kyste et même de contraction de ce dernier pendant l'opération faite pour extraire le fœtus. (Hohl, Deutsche, Klinik 1849;

(1) Bulletin de la Soc. anat., 1858, p. 505.

Caignou, Lancette française, 11, 39). Hecker dit à ce propos, «Quant à ce qui est de la génèse de ces muscles et de la participation qu'y prend le système nerveux (le travail du terme), de nouvelles observations seules peuvent les prouver.» Il est difficile d'admettre une semblable genèse de fibres contractiles dans un kyste formé de pseudo-membranes. Ce fait serait contraire à tout ce que l'anatomie pathologique nous enseigne jusqu'ici. Il est beaucoup plus logique d'admettre que ces auteurs ont eu affaire à des grossesses développées dans des cornes rudimentaires. Ce qui explique tout très-facilement.

Dans la grossesse abdominale, le placenta présente bien des variétés quant à sa forme, son étendue et son insertion. Il est d'ordinaire plus étalé et plus mince que dans l'utérus; quelquefois il est ramifié comme celui des ruminants, ou bien, au contraire, il est très-épais et comme ramassé en boule. Son insertion a été trouvée sur tous les organes des viscères intestinaux. Un fait à noter spécialement au point de vue de l'intervention chirurgicale, c'est qu'elle se fait quelquefois sur la paroi antérieure de l'abdomen. C'était notamment le cas dans deux des observations de M. Koeberlé. Y a-t-il un rapport entre l'étendue et la grosseur du placenta et son insertion? De nos recherches il semblerait résulter qu'il était toujours beaucoup plus large et plus étendu quand il s'insérait sur la paroi du petit bassin ou sur les viscères pelviens que lorsqu'il était attaché aux intestins. La largeur de l'insertion serait en raison inverse de la vascularité des organes avec lesquels il est en rapport.

C'est en vain que nous avons recherché dans les auteurs et dans les observations des détails sur les modifications que présentent dans la grossesse abdominale, les vaisseaux maternels qui sont en rapport avec le placenta. Personne ne semble encore s'être occupé de cette question. C'est là une lacune regrettable, et il serait à désirer qu'on fît des injections et des études microscopiques pour élucider ces points qui peuvent avoir leur importance au point de vue du traitement de ces grossesses.

L'attitude du fœtus est la même que dans la grossesse normale. Quant à sa position, elle peut varier absolument autant que dans cette dernière. Tantôt l'axe du fœtus est vertical et alors le plus souvent le crâne plonge dans l'excavation; tantôt, mais plus rarement, c'est le pelvis. Dans la majeure partie des cas, il est couché transversalement la tête dans une des fosses iliaques et le dos tourné contre la paroi abdominale.

CHAPITRE IV.

MARCHE ET TERMINAISON DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

Grossesse ovarique.— Nous ne pouvons que répéter encore ce que nous avons dit au sujet de l'anatomie pathologique, à savoir que ce que l'on sait des grossesses ovariques est encore beaucoup trop incomplet, et trop incertain, pour qu'on puisse en faire une description méthodique.

Dans la plupart des cas observés jusqu'ici, la grossesse s'est terminée comme la grossesse tubaire, avant le troisième ou le quatrième mois, et elle a presque toujours entraîné la mort de la mère. Le Dr Sommer (1) dit, en parlant de ces grossesses, qu'il est probable que la plupart d'entre elles se rompent de bonne heure et qu'elles ne doivent pas produire d'accidents beaucoup plus sérieux que ceux de l'ovulation elle-même. Mais, comme l'auteur n'appuie son idée sur aucun fait, on ne peut la considérer que comme une simple hypothèse sans aucune valeur réelle. On sait d'ailleurs que MM. Gaillard, Bernutz et Goupil (2) ont émis une opinion à peu près semblable au sujet de l'hématocèle péri-utérine qui, suivant eux, serait produite souvent par une grossesse extra-utérine rompue de bonne heure.

(1) Thèse de Greifswald, 1855.

(2) Clinique des maladies des femmes.

Grossesse tubaire. — Celle-ci, au contraire, serait la plus fréquente de toutes les formes des grossesses extra-utérines, d'après la plupart des auteurs classiques. Les recherches de Hecker sembleraient prouver que ce sont au contraire les grossesses abdominales qui se rencontrent le plus fréquemment. Il n'a trouvé que soixante-quatre cas de grossesses tubaires pour cent trente-deux abdominales. Nos propres relevés nous mèneraient à un résultat à peu près identique. Peut-être est-il dû à ce que l'on a en général plus d'intérêt à publier les observations de grossesse abdominale, ou bien encore à ce que les grossesses tubaires passent inaperçues.

La grossesse tubaire a presque toujours une durée très-courte : le kyste formé par la paroi de la trompe se rompt entre la quatrième et la douzième semaine, et cette rupture entraîne à la fois la mort du fœtus et celle de la mère. Les exceptions à cette règle sont si rares que les auteurs ont dit généralement que la trompe n'était pas susceptible de dilatation assez grande pour mener un enfant à terme. Pourtant, l'observation de Saxtrop est assez probante et celle de Spiegelberg que nous citons plus haut nous semble presque inattaquable. Tout au plus pourrait-on admettre une grossesse sous-péritonéo-pelvienne, mais alors comment expliquer les papilles recouvertes d'épithélium qui tapissaient les parois internes du sac?

A quoi est due la rupture du kyste dans les grossesses tubaires?

Dans nombre de cas c'est la seule pression de l'œuf qui la détermine. On a attribué une influence à la période menstruelle, disant que la déchirure coïncidait d'ordinaire avec le retour de celle-ci. Il se peut, en effet, qu'il se produise à ce moment une congestion vers les organes génitaux, bien que l'état de grossesse interrompe complétement l'ovulation. Remarquons comme un fait beaucoup plus certain, c'est que la rupture se fait d'ordinaire au moment où l'accroissement de l'œuf prend une impulsion nouvelle et plus rapide par suite de la concentration et du développement du véritable placenta.

Les causes occasionnelles ont aussi une grande part dans ces accidents, en favorisant le décollement du placenta et les hémorrhagies internes. C'est ainsi que la déchirure s'est produite à la suite d'un effort pendant le coït, à la suite d'une chute, au saut du lit, dans le mouvement fait par la malade pour se lever ou pour prendre le vase de nuit, etc. Dans un cas rapporté par Hayn, elle fut consécutive à des manœuvres un peu fortes faites parune sage-femme, pour palper le ventre. (Neue Zeits, VI, 130.)

D'après Hecker, qui a traité toutes les questions de statistiques des grossesses extra-utérines, la déchirure serait d'autant plus précoce que le kyste est plus rapproché de l'utérus.

La rupture donne lieu presque toujours à une hémorrhagie mortelle qui provient, soit des vaisseaux de la paroi du kyste directement intéressés par la lésion, soit du décollement du placenta et de l'ouverture des sinus maternels. Quand la déchirure est peu étendue et que l'œuf reste dans la poche, il se peut que l'hémorrhagie ne soit pas mortelle et que le sang s'arrête, le fœtus pouvant d'ailleurs agir comme corps obturant et faciliter par sa présence la formation des caillots sanguins autour des points lésés. (Observation de Wiedersberg (1) de Vieweg) (2). Dans ces conditions se déclare une péritonite qui enlève rapidememt la malade ou qui, dans des cas plus heureux mais aussi beaucoup plus rares, s'apaise au bout d'un certain temps après avoir provoqué autour de la trompe un travail inflammatoire qui enkyste l'œuf pour ainsi dire à nouveau, et met obstacle momentanément aux accidents. Il se forme ainsi une grossesse abdominale secondaire. L'œuf peut même continuer son évolution si ses attaches vasculaires n'ont pas trop souffert. Mais d'ordinaire il survient de nouveaux accidents, les hémorrhagies placentaires se répètent et il est rare que la mère ne succombe pas avant le deuxième,

(1) Monats fur Geburtshulfe, XXVII, 471.
(2) Id., III, 121.

troisième ou quatrième mois. Plezer (1) a rapporté une observation dans laquelle la trompe s'était rompue à la fin du premier mois et avait donné lieu à des accidents assez sérieux. Il y eut une grossesse abdominale secondaire qui continua son évolution jusqu'au sixième mois. La femme mourut de péritonite au seizième mois de la grossesse.

Le Dr Favre (2) cite un cas où la rupture se fit au deuxième mois, il y eut une péritonite de quatre semaines, mais la malade guérit. Huit mois après, nouvelle grossesse, accouchement heureux, mais une péritonite puerpérale enleva la malade trois semaines après. On retrouva à l'autopsie le kyste et le fœtus de la grossesse tubaire.

La transformation lithopédique est excessivement rare dans la grossesse tubaire. On n'en connait jusqu'ici que deux exemples, l'un est de Duverney (3), le fœtus avait trois mois; l'autre, de Virchow (4), le fœtus avait quatre mois, il était ratatiné, parsemé de dépôts cirrhonotiques et renfermé dans une poche formée par la trompe déchirée, de dépôts de fibrine et de membranes de nouvelle formation. La malade avait eu des accidents de péritonite à l'époque de sa grossesse. La mort suivint plusieurs années après et fut causée par une affection de poitrine aiguë.

Boëhmer et Kussmaül ont rapporté deux cas de transformation molaire de l'œuf des grossesses tubaires. Dans les deux cas, il y eut rupture et hémorrhagie mortelle.

Nous ne connaissons pas d'exemple de grossesse tubaire terminée par élimination au travers des parois abdominales ou par les viscères intestinaux. Plusieurs cas cités comme tels (Castilla, *Gazette médicale de Paris*, 1833. Gunning, *London médic. journ.*, 1827), doivent être probablement mis sur le compte de grossesse

(1) Monatschrifft, für Geb. XXI, 242.
(2) Medic. corresp. Blatt. der Wurtemb., etc., n° 39, 1855.
(3) Opera anatomica, v. II, 354.
(4) Wurtzb. Verhandl., III, 5, 349.

des cornes rudimentaires. Il y est dit que les règles coulèrent par l'ouverture fistulaire pendant toute la durée de l'élimination. Comme les grossesses étaient chaque fois très-avancées, il nous semble difficile d'admettre qu'elles étaient dans la trompe. Pourtant, rien ne s'oppose à ce qu'une pareille terminaison ne puisse se faire, puisque, comme nous l'avons vu, il est des cas où la grossesse tubaire est arrivée au terme.

La grossesse interstitielle a le même pronostic que la grossesse tubaire proprement dite. La rupture s'y fait seulement un peu plus tard, mais elle est toujours excessivement grave. Rosshirt (1), Schultz d'Iéna (2), Lott (3) ont publié des cas où elle est arrivée presque au terme, mais c'est la grande exception ; encore n'est-il pas sûr non plus qu'on n'ait pas eu affaire, dans plusieurs de ces cas, à des utérus anormaux. La déchirure se fait toujours du côté du péritoine. On comprend combien elle pourrait être plus favorable si elle se faisait du côté de la cavité utérine. M. Parisi, de Lille, a publié une observation (*Bulletin thérapeutique*, 1864, 143) où il croit avoir eu affaire à une grossesse interstitielle rompue dans l'utérus, et terminée heureusement. Il a proposé même l'hystérotomie interne. Ici encore rien ne prouve que l'auteur ne se soit pas trompé sur la nature de la grossesse.

Les grossesses *tubo-ovariques* et *tubo-abdominales* se rapprochent beaucoup des grossesses abdominales dans leur évolution et leur terminaison. Les exemples de semblables grossesses arrivées à terme ne sont pas rares. Il est cependant des cas où elles ont la même terminaison précoce que les tubaires : ce sont ceux où le siége primitif de l'ovule a été très-voisin de l'orifice du canal. Le kyste est alors constitué en majeure partie par le morsus diaboli, ce qui rapproche sa structure de celle du kyste de la grossesse tubaire proprement dite.

(1) Neue Zeitschrifft fur Geb., b. IX. h. 3.
(2) Schmidts, Jahrbuch, 1871, IV, 50.
(3) Monatsch, fur Geb., XX, p. 3.

Nous citerons comme exemple les observations de Jakson, Bussière, Reiss, etc., où la mort est survenue toujours de la septième à la douzième semaine.

Enfin, d'après M. Lesouef, les grossesses sous-péritonéo-pelviennes donneraient souvent lieu à des terminaisons par élimination. Dans le cas déjà cité de MM. Decori et Pelvet, le fœtus arriva au terme, et la mère succomba six mois plus tard, aux suites de l'élimination par le rectum.

Si nous résumons maintenant ce que nous venons d'exposer sur les grossesses tubaires, nous sommes en droit de dire que leur pronostic est toujours des plus graves. Quelle qu'en soit la variété elle se rompent de très-bonne heure et entraînent presque toujours la mort rapide de la mère. Il est important d'avoir bien à l'esprit cette gravité, qui justifie et impose même l'emploi des moyens les plus radicaux pour conjurer les dangers auxquels elle expose.

Grossesse abdominale. — Le pronostic de la grossesse abdominale est moins grave en général que celui de la grossesse tubaire. Ici, en effet, l'œuf est libre dans la cavité abdominale, et son développement n'est pas entravé par la présence d'un kyste inextensible. Aussi n'est-il pas rare de voir ces sortes de grossesses atteindre le terme; on peut même dire que c'est la grande majorité des cas. Quand elles se terminent avant le terme c'est d'ordinaire par suite d'accident, et surtout de traumatisme amenant une hémorrhagie placentaire, ou la rupture de l'œuf, incomplétement protégé par les parois abdominales. Mais ici même le pronostic est plus favorable que dans la grossesse tubaire, et souvent ces accidents, bien qu'entraînant la mort du fœtus, ne sont pas assez graves pour compromettre immédiatement les jours de la mère. L'œuf, quoique mort, peut être toléré momentanément par l'organisme, et ce n'est que plus tard que naîtront les véritables dangers. D'autresfois, la mère succombe à l'hémorrhagie ou à la péritonite consécutive aiguë ou chronique, comme dans la grossesse tubaire.

Quand la grossesse abdominale a atteint le terme, il se passe des phénomènes qui ont de tout temps attiré l'attention des physiologistes et exercé leur sagacité. Il se fait alors un véritable travail; la femme éprouve des contractions douloureuses de la matrice et des parois abdominales, des épreintes, des efforts d'expulsion, absolument comme dans la grossesse ordinaire. Il se fait un écoulement de sang et de mucus par les parties génitales, et la matrice se débarrasse des débris de la caduque qui la tapissait pendant toute la durée de la grossesse. Nous ne pouvons entrer ici dans les détails que comporte l'étude de ce fait singulier, vrai phénomène réflexe provoqué par la maturité du fœtus. On lira avec avantage la discussion faite à ce propos par M. Lesoucf, dans la thèse déjà citée, et où il analyse les diverses théories mises en avant pour expliquer ce phénomène.

Ce qu'il y a de plus important, c'est que ce faux travail, comme on l'a appelé, coïncide avec la maturité du fœtus, ou plutôt avec l'époque du terme normal de la grossesse, car il se produit à la fin du neuvième mois, que l'enfant soit vivant ou qu'il soit mort dans un des mois précédents. Ce faux travail n'aboutit pas nécessairement, ou s'il aboutit, c'est à un seul résultat, qui est la rupture du kyste, rupture due autant aux mouvements propres de l'enfant, toujours très-agité à cette époque, qu'aux contractions violentes des parois de l'abdomen et aux efforts volontaires que fait la mère, qui ignore bien souvent qu'elle ne peut se délivrer par les voies naturelles. Les conséquences de cette rupture sont généralement des plus graves : les eaux de l'amnios et du sang s'épanchent dans l'abdomen, et la malade meurt d'hémorrhagie ou de péritonite suraiguë. Les cas où la mort n'a pas suivi de près cette rupture sont excessivement rares.

Dans une observation du Dr Thormann (1), où le kyste proéminait dans le cul-de-sac rétro-utérin, les efforts d'expulsion fu-

(1) Observation du Dr Blass, Wiener med. Wochensch, n. 49 et 60, 1853.

rent si violents que la paroi postérieure du vagin fut déchirée en même temps que l'œuf et qu'un bras de l'enfant vint prolaber au travers des parties génitales. On a vu aussi la mort survenir à la suite de l'épuisement provoqué par les douleurs de la grossesse, et la compression exercée par le fœtus sur les organes abdominaux.

Dans la majeure partie des cas pourtant, le kyste est assez résistant pour ne pas se rompre. Alors les douleurs du faux travail persistent avec plus ou moins d'intensité, aussi longtemps que le fœtus est en vie. Celui-ci meurt d'ordinaire du sixième au septième jour, quelquefois seulement la deuxième ou la troisième semaine. Le Dr Rizzo, de Catane (1), cite un cas où il aurait continué à donner des signes de vie pendant trois mois après le terme; Grossi (2), un cas où il aurait vécu vingt-trois mois. Souvent on a trouvé des dents complétement sorties chez des lithopédions. Mais le fait le plus extraordinaire est certainement celui relaté par Schmidt (3). La grossesse dura trois ans, et le fœtus vécut tout ce temps. La mère succomba à la fin. On fit l'opération césarienne, et l'enfant fut extrait asphyxié, mais encore vivant. Hecker dit, à ce propos, que ce fait paraît presque inadmissible, mais que l'observation est si précise qu'on est obligé d'y croire. Le fœtus meurt presque toujours d'hémorrhagie placentaire. En effet, dans la plupart des autopsies, on trouve des caillots sanguins considérables dans l'intérieur du placenta.

Les suites de la grossesse abdominale, après la mort du fœtus, sont diverses : dans les cas les moins heureux, le contenu du kyste se décompose rapidement, les parois s'enflamment et la mère est enlevée par la péritonite ou l'infection septicémique.

(1) Journal des sc. méd., 1819.

(2) Gazetta medica di Milano, 1845.

(3) Beeobacht der kk. med. chirurg. Joseph. acad. zu Wien, b. I, 1801.

Une terminaison plus fréquente, et souvent plus favorable, est celle où le kyste s'ouvre au dehors. Cette terminaison a lieu en général, quand la malade est de bonne constitution, et que le cours de la grossesse ne l'a point trop épuisée. Il peut se passer alors une période assez longue pendant laquelle la santé est relativement satisfaisante, ou tout au moins n'est pas troublée par des accidents qui compromettent directement la vie. La décomposition du kyste se fait lentement, l'inflammation est modérée, elle ne se généralise pas et revêt une forme chimique et intermittente qui devient utile, en ce sens qu'elle épaissit les enveloppes et complète l'établissement des adhérences. Mais tôt tard, dans ces conditions, le travail devient plus actif, la décomposition s'accélère, et le sac se transforme en un foyer purulent qui cherche à s'ouvrir au dehors et ulcère à cet effet les tissus des organes avec lesquels il est en rapport. Il se forme ainsi du côté de l'intestin grêle, du rectum, du côlon, de la vessie, du vagin, des parois abdominales, etc., des fistules par lesquelles sont peu à peu éliminées les différentes parties du fœtus tombé en décomposition.

Kiwisch, Campbell (1), Matter (2), Puech (3), Hecker ont fait des recherches statistiques pour établir le pronostic de ces diverses sortes d'élimination. Celles des deux derniers auteurs comprenant le plus grand nombre de faits, nous semblent être le mieux l'expression de la vérité. Hecker a trouvé, sur 132 cas de grossesse abdominale, 76 cas de guérison. M. Puech, sur 189 cas 136 guérisons. D'après ces statistiques, l'élimination se fait d'autant plus tôt que le fœtus a moins vécu ; celle par le rectum est en général un processus très-long et expose beaucoup plus les jours de la mère que celle par les parois abdominales. Cette der-

(1) Transact. of the stat med. Soc. of New-York, 1855.
(2) Gazette des hôpitaux, 1860, septembre.
(3) Courty, Traité des maladies des org. gén., etc.

nière est plus tardive, mais une fois établie, elle a une marche plus rapide.

M. Puech a trouvé sur 46 cas de fistules abdominales, 40 guérisons (87 p. 100), sur 69 fistules intestinales, 44 guérisons (55 p. 100), sur 23 fistules vaginales, 18 guérisons (77 p. 100) et enfin sur 17 fistules vésicales 14 guérisons (52 p. 100). On voit que le nombre des fistules intestinales l'emporte sur celui des trois autres formes d'élimination et que le pronostic le plus favorable est celui des fistules abdominales, qu'ensuite viennent les fistules vésicales et vaginales et en dernier lieu seulement les fistules intestinales. La gravité relative de ces dernières s'explique par la difficulté que l'on a de venir en aide à la nature en extrayant les débris de fœtus, la fistule se faisant d'ordinaire dans les points inaccessibles, et puis par l'influence pernicieuse qu'exerce sur le contenu du kyste le voisinage de l'intestin. Quel que soit du reste le procédé d'élimination, il est toujours excessivement long. Il dure ordinairement plusieurs mois, quelquefois plusieurs années, et il expose la mère à de très-grands dangers par les pertes excessives que cette suppuration entraîne, la propagation très-fréquente de l'inflammation au péritoine, la facilité avec laquelle peut se produire l'infection purulente et septicémique. Aussi sans être aussi pessimiste que certains auteurs on est en droit de dire que la grossesse abdominale abandonnée à la nature, constitue toujours un état excessivement grave, et l'on peut se baser sur ce pronostic pour essayer des opérations même assez dangereuses. Nous reviendrons sur cette question quand nous traiterons de la gastrotomie.

Il nous reste maintenant à dire un mot sur ce dernier mode de terminaison de la grossesse abdominale, le plus heureux de tous. C'est celui où l'enfant est toléré par l'organisme maternel, et où il se transforme en lithopédion. Dans ces cas les eaux de l'amnios sont résorbées peu à peu, les parois du kyste reviennent sur elles-mêmes, le fœtus se dessèche, se ratatine et subit la transformation adipocireuse ou de gras de cadavre. Le travail de

régression peut même aller plus loin, et comme dans d'autres processus du même genre, on voit souvent l'incrustation calcaire envahir les enveloppes fœtales et les tissus de l'enfant. Quand cette calcification est très-avancée, on ne trouve pour ainsi dire, plus que les os qui aient conservé leur structure, et encore ceux-là même sont profondément modifiés dans tous leurs éléments cellulaires et fibreux. Le lithopédion peut persister indéfiniment dans le ventre de la mère sans provoquer d'accidents bien sérieux. Les exemples de femmes parvenues à un âge assez avancé, à l'autopsie desquelles on a trouvé de semblables tumeurs ne sont pas rares. Ces faits sont du reste trop connus pour que nous y insistions. Nous dirons seulement que cette tolérance est loin d'être absolue, et qu'il y a de nombreux cas, où les accidents les plus graves sont survenus après une longue période de complète innocuité.

La présence du lithopédion dans le sein de la mère n'empêche nullement de nouvelles fécondations et de nouvelles grossesses; ces dernières se terminent même quelquefois heureusement, et n'exercent pas d'influence sur le kyste extra-utérin. Plus souvent cependant ces grossesses nouvelles font éclater les accidents de décomposition du kyste, et les exemples de terminaisons funestes survenues après de pareils accouchements ne sont pas rares. Aussi sera-t-il toujours prudent de conseiller à une femme porteuse d'un lithopédion, de s'abstenir de se mettre dans le cas de redevenir enceinte.

Y a-t-il des signes qui puissent faire présumer la formation d'un lithopédion et peut-on la provoquer? On comprend toute l'importance que pourrait avoir la solution de ces deux problèmes. Mais nous n'avons aucune donnée positive à cet égard. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le lithopédion semble se faire plutôt chez les femmes à constitution très-saine et robuste, et que sa formation coïncide en général avec l'âge de la vie où la femme est plus apte à résister aux causes morbides de toute espèce, c'est-

à-dire entre 25 et 30 ans. Albers de Bonn (1) croit que les adhérences du fœtus aux organes voisins souvent trouvés à l'autopsie du lithopédion jouent un certain rôle dans la production de ces dernières. Il ne craint même pas de dire que ces adhérences peuvent entretenir une sorte de vie vague dans les tissus, et il ajoute qu'on a toujours trouvé les parties les plus voisines de ces adhérences mieux conservées que les autres. Il rappelle que Deutsche et Walter disent avoir injecté des vaisseaux artériels allant de la mère dans le fœtus, et rapprochant tous ces faits des expériences que Barthold a faites sur la greffe du testicule sur le péritoine, il conclut que les adhérences doivent se produire pendant la vie du fœtus, ou aussitôt après sa mort, et qu'elles sont une des conditions les plus sérieuses de la formation du lithopédion. Ces idées sont assurément fort ingénieuses et méritent tout au moins d'attirer l'attention au point de vue de l'anatomie pathologique des grossesses extra-utérines. Pourtant d'après les observations que nous avons lues, nous croyons que les conditions citées par Albert de Bonn sont loin d'être réalisées dans la majorité des cas.

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

Diagnostic dans les quatre premiers mois. — Le diagnostic de la grossesse extra-utérine comme celle de la grossesse normale est en général d'autant plus difficile à établir que l'évolution est moins avancée. Une grande mobilité règne d'ailleurs dans les symptômes qui accompagnent ces grossesses. Quelquefois rien ne fait soupçonner que la grossesse est anormale, tout semble marcher régulièrement, et ce n'est qu'au moment du terme ou

(1) Monatsch, f. geburts, t. XVII.

des accidents de la ruptûre du kyste, que l'attention est éveillée et que le diagnostic peut être posé. Pourtant ces cas sont plus rares que certains auteurs veulent bien le dire, et généralement les grossesses extra-utérines donnent lieu à des symptômes qui sans toujours être d'une valeur absolue pour l'établissement du diagnostic font naître du moins les soupçons et font présumer l'anomalie.

C'est ainsi que nombre de fois on a noté la violence et la ténacité des phénomènes sympathiques au début, ou pendant toute l'évolution de la grossesse. Tous les auteurs parlent ensuite de la persistance des règles. Ce symptôme est en effet assez fréquent mais il n'est pas rare non plus qu'elles soient totalement suspendues au moins pendant les deux premiers mois. D'autres fois, elles sont remplacées par des écoulements mucosanguins revenant tous les huit ou dix jours, avec une intensité double. Les écoulements sont dus à des hémorrhagies de la muqueuse utérine, toujours hypertrophiée comme on sait. Heim (1) a spécialement insisté sur la production de douleurs particulières dans la grossesse extra-utérine. Ces douleurs sont des sortes de coliques utérines qui se manifestent souvent dès la troisième semaine et s'accompagnent de rétention d'urine et de constipation opiniâtre. Leur siége est dans l'hypogastre et les flancs. L'exploration locale des organes génitaux ne fournit que des signes incertains au début de la grossesse. Les modifications subies par l'utérus son tout à fait analogues à celles de la bonne grossesse, et c'est là précisément ce qui constitue d'ordinaire la difficulté du diagnostic. L'introduction de la sonde utérine résoudrait sûrement le problème, mais on comprend quelle réserve on doit apporter dans l'emploi de ce mode d'investigation au commencement d'une grossesse, et combien il faut déjà avoir de présomptions pour être autorisé à le mettre en pratique. Quelquefois le toucher vaginal fournit des données assez précises : le col est

(1) Wittlingers Annalen fur Geb. I, 326.

dévié du côté du kyste quand la grossesse est tubaire; il est au contraire refoulé en avant lorsqu'elle siége dans le cul-de-sac rétro-utérin; et dans ce cas on peut sentir la fluctuation de l'œuf au travers des parois vaginales et reconnaître même les parties fœtales. (Braxton Hicks, Martin, etc.)

Par la palpation abdominale on constate que la tumeur n'est pas franchement sus-pubienne comme dans la bonne grossesse; qu'elle occupe plus particulièrement une des régions inguinales; qu'elle est douloureuse à la pression, souvent distincte de l'utérus lui-même; qu'elle est plus élevée au-dessus du détroit supérieur que celle qui correspond à une grossesse utérine. On remarque aussi que le développement s'est fait régulièrement et proportionnellement au temps écoulé depuis la dernière menstruation normale. Pour terminer, nous dirons que bien que difficile, ce diagnostic de la grossesse extra-utérine au début a été souvent posé avec beaucoup de sûreté dans ces vingt dernières années, et nous citons plus loin plusieurs observations où les auteurs l'ont reconnue dès le premier ou le deuxième mois.

Diagnostic dans la 2e partie de l'évolution. — Quand la grossesse se prolonge, le diagnostic devient plus facile. On sait qu'il y a grossesse par l'auscultation des doubles battements, et la perception des mouvements de l'enfant, et les symptômes qui indiquent une anomalie deviennent en général plus évidents à mesure que l'on se rapproche du terme. C'est ainsi que le flux menstruel et l'hémorrhagie reviennent plus fréquemment et avec plus d'abondance. Les douleurs déjà signalées augmentent encore à partir du troisième ou quatrième mois. Ces douleurs sont déterminées par des péritonites partielles fréquentes à toutes les époques des grossesses extra-utérines, ou bien encore par la pression que la tumeur fœtale exerce sur les plexus nerveux et les viscères abdominaux. Elles acquièrent quelquefois une intensité très-grande et deviennent excessivement tenaces. C'est même au point que Heim qui avait vu beaucoup de ces grossesses

dans sa longue pratique, en a voulu faire un signe pathognomonique. Il insiste sur le cas particulier de la femme, sur son faciès, son attitude et dit qu'il a quelquefois soupçonné l'existeuce de grossesses extra-utérines à ce seul symptôme et avant même d'avoir interrogé ou examiné la malade. Nous rappellerons à ce propos l'observation de Blass (1), où il est rapporté que la mère ne trouvait de soulagement à ses atroces souffrances que lorsqu'elle se couchait sur le ventre et qu'elle se mettait à genoux, le corps penché en avant, et appuyée sur les coudes. Dans cette position elle éloignait un peu le fœtus des parties profondes de l'abdomen, et diminuait en proportion sa douleur. La femme mourut de rupture du kyste au terme. Il n'y avait pas de péritonite.

Quand l'attention du médecin est ainsi attirée vers les anomalies que présente la grossesse, il doit se livrer à un examen des plus minutieux pour poser un diagnostic certain. Voici les principaux signes auxquels il pourra reconnaître qu'il y a réellement grossesse extra-utérine.

Examen de l'abdomen. — Il est généralement moins tendu que dans la bonne grossesse; il est élargi transversalement; l'ombilic est souvent fortement rétracté, ce qui est rare dans la grossesse utérine, où le contraire s'observe en général; le ventre peut être spécialement développé dans un côté, celui où se trouve la tumeur fœtale. Les mouvements de l'enfant s'aperçoivent plus facilement au travers des parois, quelquefois très-amincies; ils sont très-vifs; le fœtus semble placé directement sous les parois. Ces derniers signes ont attiré l'attention de presque tous les observateurs; ils sont, du reste, quelquefois si caractéristiques, qu'ils ont suffi pour faire naître immédiatement les soupçons sur la véritable nature de la grossesse. Dans l'observation de Zais, il est dit que les mouvements étaient si violents, que la pres

(1) Monatsch, f. geb. III, p. 148.

sion exercée par un homme sur le bas-ventre put à peine les contenir; et dans celle de M. Kœberle, il est rapporté qu'on les voyait au travers des couvertures qui recouvraient la malade.

A la palpation, souvent très-douloureuse, et qui peut même nécessiter l'emploi du chloroforme (1), on trouve quelquefois une première tumeur située au-dessus du pubis, et qu'on reconnaît facilement pour la matrice développée comme au deuxième ou troisième mois, et une deuxième tumeur plus grande occupant la région médiane et remontant dans l'hypogastre et les hypochondres. (Obs. de Lesouef, de Thormann, de Frick, etc.)

Auscultation. — On n'entend que rarement des bruits de souffle dans la grossesse extra-utérine. D'après les recherches que nous avons faites à ce sujet dans les observations, il nous a semblé que le bruit de souffle n'existait, en général, que lorsque le placenta s'insère sur la paroi abdominale antérieure. C'était le cas notamment dans l'observation de M[me] Dumoulin (Kœberle, Gazette méd. de Strasbourg, 1843). Ce fait n'a été signalé par aucun auteur, il mérite pourtant d'attirer sérieusement l'attention, cette insertion aggravant de beaucoup le pronostic de la gastrotomie au terme.

Toucher vaginal. — Le col présente tous les signes de la grossesse; il est ramolli, raccourci, le plus souvent entr'ouvert dans une partie de son étendue; le doigt y pénètre facilement, et ramène des débris de muqueuse qui, examinée au microscope, révèle la structure de la caduque. Il est tantôt dévié à gauche ou à droite, ou refoulé en bas, ou, au contraire, si élevé, que l'on a la plus grande peine à l'atteindre. Dans ces cas, on sent le kyste fœtal dans le cul-de-sac postérieur au travers des parois du vagin, et refoulant ces dernières; des parties du fœtus peuvent être reconnues dans le kyste; on obtient même quelquefois de véritables ballottements. D'autres fois, le col est solidement

(1) Observ. de Hecker, loc. cit.

fixé dans l'excavation, et on peut reconnaître les fontanelles et les sutures. Le toucher rectal vient en aide pour la constatation de tous ces symptômes; enfin, la combinaison du toucher et de la palpation abdominale permet de reconnaître l'indépendance du kyste et de la matrice par les mouvements communiqués. Nous ne pouvons insister sur toutes ces questions, que la lecture d'un certain nombre d'observations fait, du reste, beaucoup moins connaître que tous les exposés méthodiques que l'on peut en essayer.

Cathétérisme utérin. — Si l'on peut hésiter à sonder la matrice pendant l'évolution ou au commencement d'une grossesse, il ne saurait en être de même au moment du terme, ou quand le fœtus ne donne plus signe de vie, car les dangers du cathétérisme n'existent plus dans ces deux cas. On ne devra donc jamais le négliger quand on aura des doutes sur la nature de la grossesse. Il permet de constater la vacuité de la matrice et confirme d'une façon presque décisive le diagnostic. C'est Vieweg (1) qui a proposé ce moyen de diagnostic en 1840, mais c'est M. Stoltz qui l'a, le premier, mis en pratique en 1851 pour reconnaître la grossesse extra-utérine de Mme Manière, de Strasbourg.

Quelque sûr que l'on soit d'avoir affaire à une grossesse extra-utérine, on devra toujours faire constater son diagnostic par des collègues expérimentés. Il y aura, du reste, toujours des cas où il sera des plus difficile à établir. Les plus grands maîtres se sont quelquefois trompés, et on se plaît à citer à ce propos, dans tous les ouvrages, le cas de M. Huguier, qui diagnostiqua une grossesse extra-utérine chez une femme de son service, et demanda à l'Académie de médecine une commission de contrôle. La malade fut examinée par Dubois, Danyau, Robert, Depaul, Marjolin et plusieurs autres chirurgiens ou accoucheurs. Les opinions furent partagées, mais aucun ne repoussa complétement la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Huguier persista dans son

(1) Zur diagnost. der extr. Schw. Berlin, 1840.

opinion, et il se préparait à intervenir chirurgicalement, quand la femme vint mettre tout le monde d'accord en accouchant par les voies naturelles (1).

Schlesinger (2) avait diagnostiqué une grossesse ovarique chez une femme qui accoucha naturellement à terme. La cause de cette erreur était due à l'existence d'une tumeur inguinale dans la région inguinale droite. L'erreur contraire a été commise quelquefois. On connaît l'observation de Capuron (3), où une grossesse du cul-de-sac fut prise, par les premiers chirurgiens de Paris, pour une rétroversion de l'utérus et traitée comme telle, ce qui amena la mort. Mais que dire de ce fait rapporté par Schreyer? Deux médecins avaient cru reconnaître une grossese extra-utérine; après des tentatives prolongées de délivrance par le forceps, ils pratiquèrent la gastrotomie, et comme ils ne trouvaient pas d'enfant, ils recommencèrent leur travail avec le forceps. Le résultat ne fut pas plus heureux. La femme succomba, et, à l'autopsie, on trouva... une tumeur fibreuse de l'utérus. Dans un autre cas, où tout était déjà préparé pour l'opération césarienne, un consultant appelé en dernier lieu constata un énorme cancer de la matrice à la place du fœtus qu'on se disposait à extraire. Il est évident que des erreurs aussi graves doivent être difficiles à commettre par des praticiens exercés et consciencieux; mais il est bon de les signaler et de les connaître.

Diagnostic des variétés de la grossesse extra-utérine. — S'il est difficile de diagnostiquer la grossesse extra-utérine au début, il l'est encore plus de dire à quelle espèce on a affaire. Cependant, dans la grossesse tubaire, la tumeur se développe plus spécialement dans une des deux régions inguinales. Elle est plus souvent douloureuse; elle fait corps avec la matrice (pas toujours cepen-

(1) Bulletin de la Soc. de chirurgie, 5 mai 1852.
(2) Casper Wochensch, 1845, n° 1.
(3) Bulletin de l'Ac. de méd., t. VI, p. 502, 184.

dant); celle-ci est plus développée que dans la grossesse abdominale. Dans la grossesse abdominale, on a signalé que les douleurs étaient plus tardives, que la palpation devait être plus profonde pour les provoquer. Le kyste occupe plus souvent le cul-de-sac postérieur; il repousse alors la matrice en haut et en avant contre le pubis; quand il se développe au-dessus du détroit supérieur, il refoule au contraire l'utérus en bas et le place quelquefois en rétroversion ou en antéversion très-prononcée. Mais ce qui éclaire surtout le diagnostic, c'est la marche même et la durée de la grossesse. Nous avons vu que, rarement, la grossesse tubaire dépassait le troisième ou quatrième mois. Quand donc on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine parvenue au terme ou ayant dépassé la première moitié de son évolution, on peut presque à coup sûr conclure qu'elle est abdominale.

Diagnostic de la grossesse quand le fœtus est mort. — Ici, comme dans la grossesse au début, le problème est rendu plus difficile par l'absence des mouvements du fœtus et la disposition de la plupart des signes auxquels on reconnaît la grossesse. L'utérus revient souvent à son état ordinaire, les organes génitaux externes reprennent leur aspect normal, les règles reparaissent, les seins se flétrissent, le ventre diminue par la résorption des eaux de l'amnios, ou, au contraire, augmente par suite d'épanchements dans le péritoine ou dans le kyste lui-même. Dans ces cas, l'interrogation attentive de la femme sur les symptômes qu'elle a éprouvés pendant l'évolution de la tumeur peut mettre sur la voie.

Quand la grossesse a dépassé le terme, il est rare que la femme n'ait pas eu conscience de son état, ou que le médecin ou la sage-femme n'ait pas été appelé pour constater l'anomalie. La palpation, le toucher, la perception caractéristique des divers segments du fœtus, aideront à distinguer le kyste fœtal d'autres tumeurs. Quand il y aura doute, on pourra pratiquer une ponction exploratrice qui donnera sortie à du liquide amniotique assez fa-

cilement reconnaissable à son odeur caractéristique et aux débris épidermiques qu'il renferme. Le diagnostic sera nécessairement beaucoup plus difficile quand le fœtus sera mort avant que les signes de la grossesse aient été bien certains.

Diagnostic différentiel.— Il nous faudrait consacrer de longues pages à cette question si nous voulions la traiter un peu à fond. Une pareille étude ne saurait rentrer dans le cadre que nous nous sommes tracé. Nous mentionnerons comme pouvant être surtout confondues avec les grossesses extra-utérines, les grossesses des utérus anormaux. Il est souvent impossible de les distinguer; l'erreur est du reste peu grave, car l'une et l'autre forme de grossesse donnent lieu aux mêmes indications pratiques. Après les grossesses des utérus anormaux, viennent les kystes dermoïdes de l'ovaire, et puis toute la série des tumeurs abdominales, kystes de l'ovaire, tumeurs fibroïdes de l'utérus, etc. Pourtant, d'après les observations que nous avons lues, il est rare que le diagnostic différentiel soit bien difficile à établir, et, comme nous l'avons dit, la ponction exploratrice donnera presque toujours des résultats sur lesquels il est difficile de se tromper.

SECONDE PARTIE

Du traitement des grossesses extra-utérines.

Le traitement de la grossesse extra-utérine comporte des indications très-différentes selon l'époque où est arrivée l'évolution. Aussi la meilleure marche à suivre pour faire l'étude de ce traitement, est-elle de diviser le sujet en plusieurs périodes. C'est ainsi d'ailleurs, que la plupart des auteurs ont compris la question. Nous les imiterons et nous étudierons successivement le traitement de la grossesse extra-utérine, 1° au début, 2° dans la deuxième moitié de la grossesse, 3° après le terme.

CHAPITRE Ier.

TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DANS LES PREMIERS MOIS DE L'ÉVOLUTION.

Le pronostic de la grossesse abdominale est comme on sait relativement beaucoup plus favorable que celui de la grossesse tubaire. Mais comme il est dans la majeure partie des cas impossible de spécifier sûrement, au début de la grossesse, la variété à laquelle on a affaire, on est autorisé dans la pratique à la considérer toujours comme tubaire, c'est-à-dire, comme celle qui fait courir le plus de danger à la mère. Or, du moment qu'on a diagnostiqué une grossesse tubaire, il nous semble impossible de rester dans le doute pour la conduite à tenir. Ce que nous savons de la marche de ces grossesses, nous montre que jamais on ne doit espérer de les voir arriver au terme et que le kyste se rompt fatalement dans les douze ou quinze premières semaines. Nous savons aussi que neuf fois sur dix au moins, cette rupture est

mortelle pour la mère. Il est donc tout naturel que l'idée soit venue de faire cesser la grossesse dès qu'elle est reconnue, et alors que le kyste étant moins volumineux et moins développé, il produit des accidents moins graves.

La question du respect de la vie du fœtus, ici moins que partout ailleurs, n'entre pas en ligne de compte puisque de toute façon il est condamné d'avance et ne peut jamais arriver au terme ou à viabilité. On peut donc en toute conscience procéder à l'avortement provoqué. Reste à chercher qu'elle est la méthode la plus facile et qui expose aux moindres accidents.

Et d'abord est-il un traitement médical capable de provoquer cet avortement ? Von Rigten(1) a proposé de soumettre la femme à une sorte de cura famis, en administrant quotidiennement du sel de Glauber et des pilules de seigle ergoté. Il a publié une observation où il croit avoir obtenu un succès. Mais l'on sait aujourd'hui que détériorer l'organisme maternel est une entreprise hasardée, et la plupart du temps inefficace.

La femme s'épuise, il est vrai, mais souvent comme par une sorte de fait exprès, le fœtus n'en prospère que davantage. C'est ce qu'ont démontré jusqu'à l'évidence, les tentatives de réduction du fœtus dans les cas de rétrécissement, par la diète, les saignées répétées, les frictions mercurielles, l'iodure de potassium, etc.

Quant à ce qui concerne le seigle ergoté, il ne provoque pas les contractions expulsives, mais les renforce seulement quand elles sont établies. Et d'ailleurs, dans la grossesse abdominale quelle action peut-il exercer ? Il nous semble donc tout à fait irrationnel de baser des espérances sur le traitement purement médical.

Extirpation de la tumeur par le bistouri. — Un deuxième moyen qui vient naturellement à l'idée est l'extirpation radicale de la tumeur. Elle a été proposée déjà par d'anciens auteurs (Heim,

(1) Neue Zeit. fur Geb., 1840, IX, 206.

Osiander) mais nous ne sachions pas quelle ait jamais été faite. Nous n'insisterons pas sur ce procédé de traitement, ayons hâte de dire qu'il en existe un autre qui peut conduire à un résultat tout aussi radical que l'extirpation, qui est beaucoup plus facile à mettre en pratique, et qui présente surtout beaucoup moins de danger. Nous voulons parler de la ponction du kyste fœtal.

Ponction du kyste fœtal. Dans ce procédé on a pour but d'amener la mort du fœtus, par l'évacuation des eaux de l'amnios au moyen d'une ponction faite dans le kyste avec le trocart. Elle a été pratiquée plusieurs fois avec des résultats divers. C'est ainsi que le Dr Martin (1) a perdu une malade porteuse d'une grossesse abdominale de deux mois et demi, pour une ponction exploratrice qu'il fit par les parois abdominales. Il y eut épanchement de sang dans le péritoine. Simpson (2) et Braxton Hicks (3) n'ont pas eu plus de réussite ; ils ponctionnèrent tous deux par le vagin. Il est vrai que dans le premier de ces cas la grossesse avait atteint cinq mois et demi et que dans le second, il y avait complication d'une rupture précédente du kyste de la grossesse. Par contre, un cas de succès a été publié par Greenlagh (4). La grossesse datait de deux mois, la ponction fut faite par le vagin au moyen d'un fin trocart, et le malade guérit rapidement. Les douleurs qui étaient très-vives, cessèrent après l'opération.

Injection capillaire de substances narcotiques dans le kyste. — Pour diminuer les dangers de ce mode de traitement des grossesses extra-utérines, on a eu l'idée de remplacer la ponction avec le trocart ordinaire, dont l'introduction, comme on le voit d'après les exemples précédents, est loin d'être toujours inoffensive, par la ponction capillaire et de tuer le fœtus en in-

(1) Bulletin de la Soc. anat., avril 1855, 181.
(2) Edimb., journ., mars 1861.
(3) Obstetric. transact., VII, 1869.
(4) Lancet, 23 mai 1867.

jectant dans l'œuf des substances toxiques en proportions telles, qu'elles fussent sans danger pour la mère, mais suffisantes cependant pour tuer un embryon. C'est à M. Joulin que revient l'honneur d'avoir le premier proposé ce procédé d'avortement interne. Dans sa thèse d'aggrégation (causes de la dystocie provenant du fœtus) il a formulé la proposition suivante. «Une grossesse extra-utérine étant diagnostiquée, » son siége précis est inconnu, mais la tumeur est accessible par le palper. On circonscrit la surface, on la fixe, en se rapprochant, autant que possible, de la paroi abdominale, puis au moyen d'un trocart capillaire on pénètre dans son intérieur et on fait avec la seringue de Pravaz, une injection d'un centigramme de morphine, délayée dans quelques gouttes d'eau. Il peut arriver deux choses, ou l'alcaloïde a pénétré dans le fœtus et la mort est presque instantanée; ou il a pénétré dans les liquides de l'œuf et il est impossible alors, bien qu'il n'existe pas un échange bien actif entre le liquide amniotique et le fœtus, qu'il y ait cependant une absorption suffisante pour amener la mort. En cas d'insuccès, on réitérera l'opération jusqu'à ce que le trocart touche le fœtus.» Une année après la publication de cette thèse, M. Friedereich (1) de Heidelberg, mettait cette idée à exécution, sur une tumeur située dans la fosse iliaque droite et reconnue comme grossesse extra-utérine de trois à quatre semaines. Il fit par le vagin quatre injections de 5 à 10 milligr. de morphine chacune. La malade se rétablit complétement en très-peu de temps. On a mis en doute l'existence réelle d'une grossesse extra-utérine. La tumeur était peut-être un peu forte, du volume d'une orange, pour une grossesse de trois à quatre semaines. Quoi qu'il en soit, il nous semble qu'il suffit qu'on puisse soupçonner l'existence d'une grossesse extra-utérine, pour qu'on soit autorisé à tenter une opération si facile à pratiquer, si peu dangereuse par elle-même, et dont l'indication est si urgente quand la grossesse existe réellement.

(1) Virchows' Abhandl, 29, 1864.

Voici du reste une 2e observation qui prouve en faveur de cette méthode. Elle est due à M. Kœberlé. La grossesse était au deuxième ou troisième mois, la tumeur siégeait du côté gauche et occupait le fosse iliaque dans une étendue d'environ 15 centimètres. La malade souffrait beaucoup et l'état général se détériorait considérablement. M. Kœberlé fit une ponction en dessus du ligament de Falloppe avec une fin trocart ; il s'écoula une certaine quantité des eaux de l'amnios ; puis il fit une injection de chlorhydrate de morphine. Il est à présumer que l'instrument avait rencontré des insertions placentaires, car en le retirant, il s'écoula du sang et il y eut une hémorrhagie assez forte, malgré la compression soigneuse qui fut exercée sur la tumeur. Il y eut même une assez forte suffusion de sang dans les parois abdominales. Malgré cela les douleurs disparurent aussitôt après l'opération, la tumeur diminua rapidement et la malade se rétablit complétement. Ces faits sont certainement de nature à encourager les tentatives dans cette voie. Nous recommanderons cependant l'emploi d'un trocart aussi fin que possible, l'accident arrivé à M. Kœberlé, bien que n'ayant entraîné aucune suite fâcheuse, prouve qu'il faut toujours tenir compte de la présence du placenta. On remarquera que dans ces cas de succès, il n'y a pas eu d'élimination du fœtus et que celui-ci semble avoir été complétement résorbé ; ce qui n'est nullement extraordinaire pour des embryons de quelques semaines, chez lesquels il n'y a pour ainsi dire pas encore de tissus réellement organisés. Nous en conclurons que la ponction doit être faite aussitôt que possible.

Emploi de l'électricité pour tuer le fœtus. — Le Dr Bachetti (1), dans un cas de grossesse extra-utérine arrivée au troisième mois, a eu l'idée de tuer le fœtus au moyen d'une décharge électrique. Il fit passer deux aiguilles dans la tumeur, et les mit en commu-

(1) Gazetta med. ital. toscana, 1863, p. 127. Union méd., avril 1857.

nication avec les deux pôles d'une pile de Bunsen. La malade reçut cinq secousses, dont la seconde fut assez violente pour lui faire jeter un cri, et éprouver une forte douleur. Le résultat de l'opération, au dire de l'auteur, fut aussi satisfaisant que rapide. Dès le lendemain, la tumeur qui était du volume d'un gros citron avait considérablement diminué, et au bout de quatre semaines elle n'était plus que de la grosseur d'un œuf de pigeon. Les règles reparurent, et la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Le Dr Braxton Hicks a été moins heureux. Il fit passer à deux reprises un courant électrique dans le kyste fœtal, occupant le cul-de-sac postérieur, sans pouvoir tuer l'enfant. Il est vrai qu'il se servit de deux réophores appliqués l'un dans le vagin, et l'autre contre la paroi abdominale. Toujours est-il qu'il dut renoncer à ce procédé et recourir à la ponction, qui réussit pour ce qui était de tuer l'enfant, mais qui provoqua une péritonite mortelle. (Observ. citée plus haut.)

Duchenne de Boulogne (1) à ce propos fait observer que l'emploi de l'électro-puncture par les courants continus ou interrompus doit être rejetée en principe du traitement des grossesses extra-utérines : d'abord à cause de l'incertitude que l'on a d'avoir réellement pénétré dans le kyste, et de ne pas être dans la cavité abdominale ; ensuite à cause de la désorganisation des tissus au contact des aiguilles, et de la formation facile de petits abcès dans ces conditions. Il propose la décharge soit par la bouteille de Leyde, soit par une batterie électrique, et l'emploi de deux réophores appliqués, l'un dans le vagin, et l'autre dans le rectum ou sur les parois abdominales. On pourrait, dit-il, faire des expériences comparatives sur de petits animaux pour apprécier la force que doit avoir la décharge.

Nous rejetons pour notre compte complétement toutes ces idées, et nous condamnons même ces tentatives. Quel que soit le procédé

(1) Thèse du Dr Lesouef.

employé, il nous semble qu'il y a toujours un grave reproche à faire à l'usage de l'électricité, c'est de provoquer de violentes contractions dans la tumeur et dans les muscles de l'abdomen auxquels les courants se communiquent naturellement. Or, si l'on songe aux accidents qui peuvent résulter de mouvements énergiques, si l'on se rappelle combien les décollements placentaires sont faciles et dangereux dans ces grossesses, on comprend qu'on ait le droit d'accuser ce mode de traitement d'être tout à fait contraire au but que l'on se propose, et de pouvoir provoquer précisément tous les accidents que l'on veut éviter. Nous lui préférerons donc toujours l'injection de substances narcotiques dans le kyste.

Compression de la tumeur. — Ce moyen a été proposé par le Dr Malin (1) qui veut employer à cet effet des sacs remplis de sable, et dont on augmenterait successivement le poids. Dans tous les cas, il serait difficile à appliquer si la tumeur était douloureuse, ce qui n'est pas rare, et puis n'exposerait-il pas, lui aussi, au décollement du placenta par la tension anormale provoquée dans certaines portions de la tumeur difficile à recouvrir en totalité, etc., etc.

Traitement de la grossesse tubaire au moment de la rupture. — Le médecin, comme nous l'avons vu, n'est souvent appelé à reconnaître une grossesse extra-utérine qu'au moment où le kyste vient de se rompre. Il se trouve alors en présence du tableau terrible de l'hémorrhagie interne ; la femme est pâle, prostrée, le pouls rapide et filiforme, le corps couvert de sueurs froides; l'abdomen est douloureux, et présente une matité anormale dans les régions inguinales et hypogastriques. A la palpation on constate une tumeur fluctuante occupant les fosses iliaques, le cul-de-sac recto-vaginal, etc. Tous ces signes joints à la con-

(1) Rust Magaz., b. 50, p. 541.

naissance de l'état de grossesse, sont quelquefois si caractérisques, qu'il est impossible de se tromper, et que l'on peut diagnostiquer à coup sûr à quel genre d'accident l'on a affaire. Mais alors quelle est la conduite à tenir? Grave question, et qui cependant, à notre avis, ne peut être résolue de deux manières. Abandonner la malade ou n'employer que les moyens ordinaires du traitement de la péritonite perforante ou des hémorrhagies, c'est tout comme, et dans l'un et l'autre cas la mort est plus que probable. Il n'y a qu'un seul remède, un seul qui soit logique, et quelque terrible qu'il paraisse lui-même, il doit être tenté, car les dangers que court la malade sont plus terribles et plus certains encore. Il faut arrêter l'hémorrhagie, extraire le corps du délit et faire la toilette du péritoine. Or, pour arriver à ce résultat, il n'y a que la gastrotomie.

Nous ne discuterons pas longuement sur cette nécessité d'une opération radicale. Elle saute aux yeux, et la plupart des auteurs, tout en n'osant pas le conseiller ouvertement sont cependant bien forcés d'admettre que ce serait en effet dans la plupart des cas le seul remède possible. De grands noms d'ailleurs pourraient être invoqués par nous si cela était nécessaire. Velpeau, Duparque, Kirwisch, sont très-affirmatifs à ce sujet, et M. Kœberlé nous a souvent répété que pour son compte il n'hésiterait pas un seul instant si jamais il était appelé au moment de la rupture d'une grossesse extra-utérine, et s'il voyait que l'opération pût offrir encore une seule chance de salut à la malade.

On sait que l'habile ovariotomiste de Strasbourg n'a pas craint, au quatorzième jour d'une opération de gastrotomie, pour arrêter une hémorrhagie qui menaçait d'emporter la malade, de déchirer la cicatrice abdominale, et d'aller à la recherche de l'artère ovarique, au milieu des adhérences et des caillots sanguins. Un succès complet couronna cette audacieuse résolution, et seize jours après la malade était parfaitement guérie. Nous dirons aussi que la gastrotomie a été pratiquée pour des ruptures de l'utérus, et qu'elle a été souvent couronnée de succès. M. Dubaquié (*Jour-*

nal de Bordeaux, 1860), l'a réussie le lendemain de l'accident, malgré une péritonite en voie de développement, et la procidence d'une anse intestinale dans le vagin. Churchill, dans son Traité des maladies des femmes, ne cite pas moins de 8 cas de succès pour des opérations de ce genre.

Voici d'ailleurs comment on devrait procéder. Et tout d'abord aussitôt qu'on s'est décidé à opérer, il faut agir avec la plus grande célérité. Chaque moment peut être précieux, et tout re tard diminue les chances qu'on a de pouvoir quelque chose pour la malade. Il est rare que celle-ci meure instantanément comme dans l'apoplexie, ou les ruptures par anévrysmes. Il se passe ordinairement plusieurs heures, ou même davantage, entre l'apparition des premiers accidents et l'approche de la mort. C'est cet intervalle qu'il faut mettre à profit. Ici l'on ne peut s'entourer de toutes les précautions habituelles des gastrotomies, et on agira avec les aides et les moyens que l'on aura sous la main, tâchant d'en tirer le plus de parti possible. Comme le conseille Kiwisch, on pourra d'abord limiter l'incision à la peau et aux muscles, et n'inciser le péritoine que sur une très-petite étendue pour s'assurer, au moyen d'une sonde, qu'on ne s'est pas trompé, et qu'il y a réellement du sang dans l'abdomen. Cette constation faite, on agrandira l'ouverture, et on cherchera à arrêter l'hémorrhagie. Si c'est un vaisseau qui donne, on le saisira et on le liera. Si la surface saignante est plus considérable, on jettera une ligature sur la base de la tumeur. Ce n'est qu'après avoir arrêté l'hémorrhagie qu'on nettoiera la cavité abdominale, et qu'on s'occupera de bien vérifier l'état des parties et de prendre toutes les dispositions pour empêcher de nouveaux accidents. Selon les cas, on pourra se contenter de ligatures, ou bien on sera obligé de faire l'extraction du ligament large et des annexes. Peut-être même que dans un cas de grossesse interstitielle on devra recourir à l'amputation de la matrice.

On pourrait, après l'opération, pratiquer la transfusion. Mais comme l'utilité de cette dernière opération a été diversement ju-

gée, nous n'insisterons pas sur cette question. Nous ne parlerons pas non plus du pronostic d'une gastrotomie faite dans de semblables conditions. Cependant, nous croyons être dans le vrai en disant que, malgré toutes les apparences, elle pourra quelquefois réussir. Nous ne doutons pas d'ailleurs qu'elle ne soit tôt ou tard exécutée.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE APRÈS LE QUATRIÈME MOIS.

Quand la grossesse extra-utérine a dépassé le quatrième mois, on est à peu près en droit de présumer que la grossesse n'est pas tubaire et que par conséquent l'œuf pourra arriver à un développement complet. Dans ces conditions, est-il encore permis de pratiquer l'avortement interne? Nous ne le croyons pas. Ici, en effet, on n'a plus affaire à un fœtus assez petit pour qu'on puisse espérer qu'il sera résorbé après sa mort, sans provoquer d'accidents, comme cela s'est passé dans les cas de Friedereich et de Bachetti. Il pourrait se former un lithopédion, mais dans la majeure partie des cas il y aura tendance à l'élimination, car nous avons vu que ce mode de terminaison était la règle générale quand le fœtus n'avait pas atteint le terme. Le Dr Martin (1), de Berlin, a obtenu, il est vrai, un succès en ponctionnant une grossesse du cul-de-sac recto-vaginal au cinquième mois. Il y eut formation de fistule rectale, le contenu du kyste fut évacué et la femme guérit. Mais, par contre, Simpson (2) a perdu une malade qu'il avait fait avorter au sixième mois par le même procédé. Elle mourut de péritonite trois jours après l'opération. Pour ces raisons, nous conseillerons donc l'expectation dans la deuxième moitié de l'évolution de la gros-

(1) Monatsch, fur geb. 21, 246.
(2) Edimb. medic. journ., 1864, mars.

sesse. Il est d'ailleurs établi que le fœtus de la grossesse abdominale arrive souvent au terme sans faire courir aucun danger direct à la mère pendant sa période d'accroissement. Pourquoi ne pas lui laisser achever son développement et pourquoi ne tenterait-on pas de lui conserver l'existence, surtout s'il est possible de le faire sans exposer la mère à des dangers plus grands que ceux que l'élimination devra lui faire courir tôt ou tard?

Quelques auteurs, entre autres Zang, en Autriche (Darstellung der Blutigen Operat. Vienne, 1818, III, I abt.) et plus tard Velpeau en France, ont proposé de pratiquer l'extraction du fœtus dès qu'il est arrivé à la viabilité, pour éviter les accidents qui pourraient surgir entre le septième et le neuvième mois, et surtout ceux de la rupture du kyste. Malgré l'autorité de ces auteurs, nous croyons qu'il est plus sage d'attendre le terme lui-même pour intervenir. La rupture spontanée du kyste, avant que l'évolution ne soit parfaite, est relativement assez rare : c'est d'ordinaire dans les premiers jours du terme et sous les efforts du faux travail qu'elle se fait. On risque donc moins que ces auteurs n'ont voulu le croire d'attendre que le fœtus ait atteint sa maturité complète, et on augmente en proportion pour ce dernier les chances d'être conservé en vie. Nous conseillerons donc l'expectation jusqu'au moment où commencent les douleurs, indices que l'évolution est achevée et que la mère demande à être débarrassée de ce produit étranger qu'elle est désormais insuffisante à nourrir. Mais si nous recommandons l'expectation, c'est à la condition que la plus sévère surveillance sera exercée sur la malade et qu'on évitera avec le plus grand soin tout ce qui pourrait favoriser les accidents si redoutables du décollement placentaire et de la déchirure de l'œuf. La malade sera mise au repos absolu, et l'on traitera scrupuleusement les moindres complications de péritonite ou autres qui pourraient surgir.

Nous n'insisterons pas sur ces faits que nous considérons comme essentiels et comme conditions *sine qua non* de tout traitement rationnel de la grossesse extra-utérine.

Gastrotomie au moment du terme. — Pour les raisons que nous venons de donner, nous sommes pour l'intervention au moment du terme, et ici, comme dans la rupture du kyste, la seule intervention chirurgicale rationnelle nous semble être la *gastrotomie et l'extraction du fœtus vivant.* Mais comme cette question de la gastrotomie au terme est une des plus délicates et des plus intéressantes à la fois de toutes celles que peut offrir l'étude des grossesses extra-utérines, nous allons entrer à ce sujet dans quelques détails et nous commencerons par citer les auteurs qui ont spécialement traité de la matière. Ils nous apprendront d'ailleurs les principales raisons qu'on a données pour ou contre cette opération.

Levret, dans son *Manuel d'accouchement*, p. 60, dit : « De tous les cas où il convient de faire l'opération césarienne, je n'en vois que deux qui soient absolument déterminants; le plus rare de ces deux cas est celui où l'enfant se serait formé hors de la matrice et où il serait parvenu jusqu'au terme parfait sans avoir perdu la vie. Ce qu'il y a de plus douteux dans ce cas, ce n'est pas la nécessité de l'opération et de ses suites, quoiqu'elle semble devoir être beaucoup plus simple que l'opération césarienne vraie, mais c'est le défaut de signes suffisants pour se déterminer prudemment à cette opération, etc.... »

Ainsi, ce qui arrête Levret, ce n'est pas la crainte de l'opération en elle-même ou pour ses conséquences, mais celle d'une erreur de diagnostic.

Sabatier, sans condamner absolument l'opération, la déconseille cependant : « Peut-on, doit-on faire l'opération césarienne comme si l'enfant était contenu dans la matrice? Est-on sûr que la poche soit susceptible de se contracter et que l'incision ne sera pas suivie d'hémorrhagie mortelle? Sera-t-il aisé de décoller le placenta et de retirer le corps en entier? Par quelle voie se feront les écoulements analogues à ceux des lochies ; et leur épanchement dans le ventre ne fera-t-il pas périr la femme? A la

vérité l'enfant est condamné à une mort certaine. Mais il n'a pas connu l'avantage de vivre. D'ailleurs, l'existence de l'enfant est si précaire. Il est si douteux qu'il parvienne à un âge fait, qu'il semble que si l'on avait à choisir on n'aurait pas de peine à se déterminer. Heureusement on ne se trouve pas souvent dans des circonstances aussi délicates, etc., etc. (*Médecine opératoire*; 1796. 341.)

Siebold, dans son journal (t. 17, p. 208), s'exprime ainsi : « Le relevé des faits prouvant que la nature élimine le plus souvent l'enfant avec succès, l'expectation semble indiquée. L'axiome : « melius est remedium anceps quam nullum » n'est pas applicable ici, et le rôle du chirurgien se borne à venir en aide à la nature quand il y a commencement d'élimination. »

Gardien, au contraire, est partisan de l'intervention : « On rapporte aussi des exemples de terminaison heureuse dans la grossesse ordinaire lorsque la femme n'avait pu se délivrer par les voies naturelles. Personne ne s'est autorisé de ces évenements heureux, pour conseiller de livrer l'accouchement à la nature et d'attendre tout de ses ressources, plutôt que de recourir à une opération dangereuse. La crainte de l'hémorrhagie ne doit pas empêcher de pratiquer la gastrotomie puisque la malade périrait aussi d'hémorrhagie. En confiant la délivrance à la nature, il est probable que la poche se rompra. Par l'incision, on peut assurer la vie de l'enfant et celle de la mère; on doit le faire quand il est mort pour conserver la mère. On peut laisser le placenta dans le sein de la mère, s'il n'est pas expulsé. Cette putréfaction du placenta n'est pas exempte de danger; mais elle aura également lieu si l'on n'opère pas, et elle sera bien plus dangereuse puisqu'à sa destruction se joindra celle du fœtus. Brewer, de Leipsig, rapporte qu'il a retiré par la gastrotomie, chez une femme dont la grossesse était à neuf mois, à l'instant où elle fut prise des douleurs de l'enfantement, un enfant contenu dans la trompe où il s'était développé. Une observation semblable, communiquée à l'Académie de Paris, semble prou-

ver que les craintes de l'hémorrhagie placentaire ne sont pas aussi fondées. Un chirurgien s'aperçut au moment où il venait de délivrer une femme qu'un second enfant était contenu dans le bas-ventre. Il n'hésita pas à inciser l'abdomen et parvint ainsi à sauver la mère et l'enfant, etc. » (*Traité d'accouchements*, 1816, I. 517.)

Velpeau pose nettement les termes de la question dans son bel article du Dictionnaire en 30 volumes : « Remède unique qu'on ait à proposer dans certains cas, la gastrotomie compte déjà quelques succès. Les craintes de Levret et de Sabatier relatives à l'hémorrhage, à la suppuration et la blessure du péritoine sont évidemment exagérées. A priori, la gastrotomie semblerait même devoir être bien moins souvent fatale qu'on ne le pense généralement. Il est tout simple que, pratiquée en désespoir de cause, elle n'ait pas toujours empêché la mort. Je pense donc, avec Dézormeaux, que si on y avait recours de bonne heure, lorsque le cortége formidable des symptômes inflammatoires n'est pas encore développé, avant que la péritonite ne constitue par elle-même une maladie mortelle, on sauverait un grand nombre de femmes, etc. Il est bon de remarquer au surplus que le kyste acquiert rarement un développement considérable sans contracter des adhésions avec les points correspondants des parois du ventre. On pourrait aussi appliquer la méthode de Graves pour l'ouverture des abcès et des kystes de l'abdomen. »

Gerdy, dans un rapport à l'Académie des sciences, sur une gastrotomie faite par M. Mathieu, est beaucoup moins porté que Velpeau pour l'intervention chirurgicale. Il ne l'admet que dans des conditions tout à fait exceptionnelles, quand la mère le réclame elle-même et que la vie est directement menacée. Dans tous les autres cas, il veut que l'on abandonne le sort de la malade aux seuls efforts de la nature. « J'aime mieux, dit-il, quand je ne puis sauver une malheureuse, la laisser mourir que de la tuer. » (Arch. gén. de méd. VI.)

Delpech condamne l'opération comme Gerdy, mais il pose de

sages réserves pour l'avenir : « Lorsque nous avons l'air de nous élever contre des opérations que des hommes du plus grand mérite ont regardées comme praticables, nous n'entendons pas préjuger des progrès ultérieurs de l'art et prétendre que ce dernier restera toujours au-dessous des difficultés qui nous occupent. Nous avons voulu seulement exposer les doutes que la masse des observations connues nous a inspirés et que les faits ne sont pas assez nombreux pour prononcer d'une manière décisive sur cette question. » (Des maladies chirurgicales, 1816,175.) Les succès des ovariotomistes justifient pleinement les sages réserves du chirurgien de Montpellier.

Kiwisch se prononce nettement pour l'opération : « Quand l'enfant est près du terme, qu'il est vivant, l'opération cérarienne est formellement indiquée. On peut patienter tant qu'il ne se manifeste aucun symptôme alarmant, mais il faut y avoir recours aussitôt que ces derniers apparaissent ou que les douleurs du travail commencent. Si les jours de la mère sont en danger, l'opération est indiquée déjà à la trentiéme ou trente-sixième semaine. » (Loc. citat. 280).

Nous ne citerons pas les auteurs classiques contemporains. Ils sont la plupart très-courts dans l'exposé du traitement des grossesses extra-utérines. Leurs opinions sont, du reste, partagées comme celles que nous venons de citer. Pourtant, ceux qui ont écrit dans les vingt dernières années (Cazeaux, Joulin, Nœgele, Klobb, etc.) se rangent presque tous du côté de l'intervention chirurgicale au moment du terme.

En résumé, une des premiéres objections faites à la gastrotomie, c'est la gravité des opérations sur le péritoine en général. Aujourd'hui, cette objection n'en est plus une pour ainsi dire. Les statistiques démontrent que l'ovariotomie, par exemple, est une opération moins dangereuse que plusieurs des grandes opérations journellement pratiquées, comme les amputations de la cuisse, la ligature des grandes artères, etc. Les accoucheurs les plus recommandables n'hésitent pas à faire l'opération césarienne

dans des cas où l'embryotomie permettrait l'extraction de l'enfant Pourquoi donc reculer devant une opération à certain point de vue moins grave, puisque l'on n'a que les parois abdominales à traverser, dans les cas où la sortie du fœtus par tout autre chemin est matériellement impossible. On n'est donc pas autorisé à rejeter la gastrotomie en se basant sur les seuls dangers de l'ouverture du péritoine.

Une objection plus sérieuse est la suivante : Sans doute, dans le cas spécial, on n'ouvre pas l'utérus comme dans l'opération césarienne ordinaire, et le traumatisme est en apparence plus simple, mais en réalité les conditions sont plus compliquées.

Dans l'opération césarienne, l'arrière-faix peut être retiré immédiatement, vu la laxité des adhérences du placenta, les lochies trouvent leur écoulement naturel par le canal génital; et la matrice revenant sur elle-même, empêche la production des hémorrhagies secondaires. Dans la gastrotomie pour la grossesse extra-utérine, aucune de ces circonstances favorables n'existe : le placenta est presque toujours très-étalé, et quelquefois très-adhérent; les cas comme celui de Schreyer sont l'exception. Du reste, quand même l'extraction du placenta serait possible, serait-il prudent d'y procéder? L'insertion placentaire n'est pas douée de contractilité comme dans la grossesse utérine : es sinus maternels resteront béants, et l'hémorrhagie sera considérable.

Cette objection tombe en partie si l'on a soin de religieusement respecter les attaches du placenta, comme du reste l'ont compris la plupart des opérateurs. L'élimination se fait alors lentement, et les vaisseaux maternels ont le temps de revenir sur eux-mêmes et de s'oblitérer.

Les dangers les plus sérieux de la gastrotomie pratiquée au terme, sont ceux que peut provoquer l'élimination de l'arrière-faix, c'est-à-dire l'hémorrhagie secondaire, la péritonite et l'infection septicémique. Mais ces dangers sont-ils aussi réels et aussi grands qu'ils paraissent à première vue? Et d'abord, on n'ouvre pas toujours le péritoine; le kyste a contracté des adhé-

rences avec les parois abdominales; il rerprésente alors une poche distincte de celle de la séreuse proprement dite, ce qui diminue considérablement les chances de propagation de l'inflammation. Quand l'œuf n'a pas contracté d'adhérences avec les parois abdominales, qu'il n'est retenu en place que par ses seules attaches placentaires, comme cela s'est trouvé, les conditions seront certainement beaucoup moins favorables, et la suppuration se fera nécessairement dans la cavité péritonéale; mais alors même la péritonite sera-t-elle forcément très-étendue, et cette péritonite entraînera-t-elle toujours la mort de la malade? Les succès obtenus par les ovariotomistes, malgré des suppurations assez longues du péritoine, et des accidents de septicémie fort graves, permettent d'être au moins réservé à cet égard. Il est d'ailleurs un fait qui vient faire pencher la balance du côté de la gastrotomie, c'est que ce sont précisément ces cas dépourvus d'adhérences qui sont les plus dangereux pour la mère, quand on laisse le faux travail à son libre cours : c'est dans ces cas que se produit la rupture du kyste, rupture dont les dangers sont tout aussi grands et beauplus certains que tous ceux que l'opération peut faire naître.

Pour ce qui concerne les hémorrhagies secondaires, déterminées par l'érosion des vaisseaux maternels, nous croyons que les craintes ne sont pas fondées, et les faits que nous citerons plus loin prouveront, jusqu'à un certain point, que nous avons raison. Et puis, il n'est pas démontré non plus qu'on ne puisse pas arrêter ces hémorrhagies, si elles venaient à se produire.

Mais citons les faits eux-mêmes : la gastrotomie a été pratiquée, à notre connaissance, neuf fois au terme, pour extraire un enfant vivant, ou qui venait de succomber tout récemment. Voici ces observations dans leur ordre chronologique (1) :

1re *Observation.* — Dr Schreyer. 1836. La grossesse extra-utérine fut reconnue au terme seulement. La grossesse avait été pénible, pourtant il n'y eut pas d'accidents bien sérieux. Les douleurs du terme commencèrent le 24 août, et ce ne fut que le 16 septembre qu'on se décida à l'opération. L'enfant vivait toujours. L'incision fut

faite sur la ligne blanche dans une étendue de 16 centim. L'œuf n'avait pas contracté d'adhérences; on sentait le placenta à droite de l'incision. L'enfant fut extrait vivant et sans difficulté. Le placenta auquel on n'avait pas voulu toucher, se détacha spontanément quelques minutes plus tard, et apparut entre les lèvres de la plaie. Il fut extrait avec ses membranes. La plaie fut réunie par quelques points de suture, et l'on mit un appareil de sparadrap destiné à la contention des parois abdominales. Il y eut des accidents inflammatoires au 3e jour, mais ils s'amendèrent rapidement. Il s'écoula beaucoup de sang dans les premiers jours, mais le 20e jour déjà, la malade était hors de tout danger. Elle se remit complétement, et l'enfant se développa parfaitement. (Monatsch. fur Geburt. XIV, p. 283).

2e *Observation.* — Heim (1), 1807. La grossesse extra-utérine avait été présumée dès le 3e mois, on sentait le kyste dans le cul-de-sac postérieur du vagin. La femme perçut les mouvements au 4e mois. L'utérus en ce moment était en rétroversion très-prononcée. Le ventre se développa graduellement. Au 7e mois, on pouvait facilement sentir les mouvements du fœtus au travers des parois. Le col était ramolli, ouvert. L'enfant se sentait par le vagin dans le côté gauche du bassin. Les douleurs commencèrent le 21 août. Au bout de 4 jours d'efforts infructueux, la mère se décida à l'opération qui fut faite le 25 août, jour de l'entrée des Français à Berlin. L'opérateur, Dr Brückert, fit une incision entre l'ombilic et la symphyse de 23 centimètres. Les intestins firent saillie immédiatement. L'œuf n'avait pas contracté d'adhérences et se trouvait derrière eux. Il était rompu à sa partie supérieure et donnait passage aux jambes de l'enfant. Celui-ci était vivant et bien conformé. Malheureusement, les intestins étaient déjà fortement enflammés par la rupture du kyste, et on ne put les rentrer malgré les tentatives de réduction et malgré une ponction pour évacuer le gaz qu'ils contenaient. On dut les laisser dehors. La malade mourut le 3e jour, de péritonite suraiguë. L'enfant survécut. L'auteur attribue une partie de l'insuccès à la grande longueur de l'incision. (Rust. ma gaz. III, p. 1).

3e *Observation.* 1827. Dr Mattfeld (2). La grossesse fut assez pénible sans pourtant que les douleurs fussent excessives. Le faux travail se manifesta au terme, et l'anomalie fut reconnue au 8e jour. On se décida à opérer. Incision de 4 pouces 1/2. Le kyste n'était pas

(1) Neue zeitsch] 134. 1827.

adhérent, on fit extraction de l'enfant qui était vivant. Le placenta assis dans la fosse iliaque, fut laissé en place et la plaie fermée. La malade alla bien jusqu'au 6e jour. A ce moment commença l'élimination de l'arrière-faix; elle se fit d'abord sans accidents, mais peu à peu l'écoulement devint fétide, il y eut une hémorrhagie artérielle, une péritonite infectieuse, et la malade mourut au 20e jour. (Neue Zeitsch. I, 134. 1827).

4e *Observation.* — Dr N... Il est relaté dans la Neue Zeitsch. fur Geburts. (extrait des Medicinischen Annalen VIII, 43), une observation de gastrotomie pour grossesse extra-utérine que nous n'avons pu nous procurer dans ses détails. La femme mourut 56 heures d'après l'opération; l'enfant l'avait précédée de 9 heures.

5e *Observation.* — 1869. Dr Lecluyse. La femme en question avait subi l'opération césarienne pour angustie pelvienne. Elle eut une grossesse abdominale, et l'on dut recourir une deuxième fois à la gastrotomie. L'œuf n'avait pas contracté d'adhérence, le placenta s'insérait sur les intestins, il fut laissé en place. Une péritonite suraiguë emporta la malade au 8e jour. Fait curieux, à l'autopsie les intestins n'offraient plus trace de l'insertion placentaire, au point qu'il eût été impossible de dire où celle-ci s'était faite. L'enfant était mort depuis peu; quand il fut extrait, il ne put être rappelé à la vie. (*Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 1869, III, no 4, p. 362).

6e *Observation.* — Dr Sale, 1870. Négresse de 28 ans; grossesse extra-utérine arrivée au terme. Elle était dans un état d'épuisement, tel qu'il fut présumé que l'élimination n'était pas possible. On fit la gastrotomie. Le kyste n'était pas adhérent, le placenta se détacha spontanément, et l'enfant fut extrait vivant. Le sac revint sur lui-même, et alors on vit que l'utérus qu'il avait caché jusque-là était gravide lui-même. On se décida à faire l'hystérotomie, et un deuxième enfant fut extrait vivant aussi. Malgré un pansement antiseptique à l'acide phénique, l'opérée succomba le 4e jour à la septicémie. L'autopsie ne put être faite. (*Améric. Journ. N. S.*, 1871, 298).

7e *Observation* — Velpeau, dans son article sur la grossesse extra-utérine, parle d'une observation de Müller (*Bulletin de la Société méd. d'émulation*, VIII, p. 406) que nous n'avons pu nous procurer et où la mère et l'enfant furent sauvés.

8e *Observation.* — Citée également par Velpeau et appartenant à

Ring : La mère et l'enfant furent sauvés (*Med. repost. N.-York* VIII).

9e *Observation*. — C'est celle relatée par Gardien dans le passage cité plus haut. La grossesse était double. Les deux enfants et la mère furent sauvés.

Nous ne ferons pas entrer en ligne de compte une dixième observation de gastrotomie, pratiquée par M. Koeberlé, en 1863, sur Mme Dumoulin, et rapportée avec tous ses détails dans la *Gazette médicale* de Strasbourg. La femme était atteinte de péritonite suppurée et infectieuse, et tout à fait *in extremis*, quand M. Koeberlé fut appelé. Il pratiqua la gastrotomie, pour essayer de sauver l'enfant; mais celui-ci était dans un état d'asphyxie si avancé qu'il ne put être conservé. Quant à la mère, elle rendit le dernier soupir peu de temps après la fin de l'opération, qui fut longue et difficile. Le placenta s'insérait sur la paroi antérieure de l'abdomen (1).

Voyons maintenant ce que nous apprennent les neuf premières observations. Les enfants n'ont été conservés que sept fois. Ce résultat, satisfaisant si l'on veut bien considérer qu'ils étaient tous condamnés à une mort certaine, ne l'est plus à d'autres points de vue; mais nous croyons que si l'on opère à temps, on doit toujours pouvoir les sauver, puisqu'il est prouvé qu'ils sont en général parfaitement conformés, et souvent même très-vigoureux.

La mère a été sauvée quatre fois, c'est-à-dire qu'on aurait une proportion de guérison de 44,44 pour 100. Cette proportion ne

(1) Ces dix observations doivent être à peu près toutes celles qui ont été pratiquées jusqu'ici. Ce sont, dans tous les cas, les seules qui aient été publiées avec quelques détails. Il est probable qu'il n'en a guère été fait davantage, car ces opérations sont trop curieuses et trop rares pour qu'on puisse admettre que leurs auteurs n'aient pas été tentés de les livrer à la publicité, quel qu'en ait été d'ailleurs le résultat.

serait pas inférieure à celle de l'opération césarienne. Mais il faut se rappeler que presque toutes ces opérations ont été faites à une époque, où, la chirurgie abdominale n'avait pas les nombreuses ressources qu'elle possède aujourd'hui, où, le traitement consécutif si imparfait n'avait pas encore subi tous les perfectionnements qui ont tant de part dans les résultats obtenus aujourd'hui. Il est certainement permis d'attribuer une partie des insuccès à cette cause. Qui dit que pratiquée de nos jours, et par ceux-là même qui ont fait leurs preuves, la gastrotomie, au terme, ne donnerait pas d'aussi beaux résultats que d'autres opérations sur le péritoine ? Rien ne prouve que Mattfeld n'eût pas obtenu un succès complet, si les soins consécutifs eussent été à la hauteur de la gravité de l'opération. Le chirurgien ne soigna pas sa malade lui-même ; résidant à plusieurs lieues du domicile de cette dernière, il dut la confier à un collègue. Jusqu'au seizième jour, nous dit l'observation, tout alla parfaitement bien ; ce n'est qu'à partir de ce moment que l'écoulement prit un aspect inquiétant : il y eut une rétention de pus produite par des détritus du placenta qui bouchaient la plaie, ce qui montre bien que les pansements étaient tout au moins assez négligés. Nous regrettons que les limites de notre travail nous empêchent de donner tous les détails de cette observation, excessivement longue, mais nous sommes sûr que tous ceux qui la liront seront convaincus que l'opérée eût été sauvée, en des mains plus expérimentées.

Nous ferons observer que sur ces neuf observations, deux ont été faites dans des conditions particulièrement défavorables. Dans la deuxième observation, le kyste était rompu, et il y avait une péritonite généralisée ; ce sont là des complications bien fâcheuses. Dans la sixième observation, nous avons un double traumatisme, et la gastrotomie est compliquée d'hystérotomie et d'extraction de jumeaux. Ces faits sont certainement exceptionnels. Si donc on voulait être strict, et ne comparer entre elles que des opérations pratiquées dans des conditions à peu près égales et suffisamment favorables, on serait en droit d'exclure

ces deux observations, ce qui élèverait de beaucoup la proportion des réussites. Enfin, comme dernière remarque, nous dirons que, dans cinq des observations citées dont les détails nous sont connus, l'œuf n'avait pas contracté d'adhérences avec les parois abdominales et que la cavité péritonéale avait été directement, ouverte. Cette disposition des parties est loin d'être constante, et aggrave de beaucoup le pronostic. Nous aurons d'ailleurs occasion de revenir sur cette question des adhérences.

Dans ces neuf observations, le placenta s'est détaché spontanément deux fois sans qu'il en soit résulté d'hémorrhagie bien inquiétante. Dans le cas de Schreyer, il s'écoula beaucoup de sang pendant les trois premiers jours, mais cela n'empêcha pas la femme de se rétablir très-promptement. Une seule fois il y a eu une hémorrhagie consécutive, encore s'est-elle faite très-tard, alors que l'état de la malade était déjà désespéré, de sorte que la mort ne peut lui être attribuée. Le vrai danger n'est donc pas de ce côté, et, comme l'a dit Velpeau, on a beaucoup exagéré à ce sujet. C'est la péritonite suraiguë qui a enlevé la plupart des malades. Mais cette éventualité existe pour toutes les opérations pratiquées sur l'abdomen, tant pour la simple hernie étranglée que pour l'opération césarienne et pour l'ovariotomie, et, comme nous l'avons dit, elle ne nous semble pas suffisante pour faire rejeter en principe l'opération.

Nous allons maintenant faire passer sous les yeux du lecteur quelques observations de grossesse extra-utérine, où nous croyons que la gastrotomie eût pu être pratiquée au terme. Nous les prenons au hasard parmi nos notes.

1re *Observation*. — Dr Biebuyck. La grossesse n'est pas marquée a accidents spéciaux. Au terme, trois jours de douleurs n'aboutissent pas. L'enfant ne meurt que dix jours après. A partir de ce moment la tumeur demeure stationnaire. La malade se remit. Deux ans après péritonite suraiguë qui cause la mort.

Remarque. Biebuyck ne fut appelé que quatre mois après la mort de l'enfant. La mère sollicita l'extraction dès qu'elle eut connaissance de sa position. Cette observation a été présentée à la Société de

Chirurgie, elle a fait l'objet d'un rapport de Danyau qui admit que la gastrotomie eût pu être tentée au terme, et qu'elle était spécialement indiquée après, vu les adhérences qui existaient avec les parois abdominales. (*Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1855, X, 105).

2e *Observation.* — Dr Binet, 32 ans. Persistance des règles pendant la grossesse. Péritonite au commencement. Etat général bon au terme. Après quelques jours de faux travail, mort de l'enfant. Péritonite consécutive. La malade se remet. Mais deux ans après, suppuration du kyste. Epuisement rapide. Mort. (*Union méd.*, mars 1865).

3e *Observation.* — Dr Hirtz. Mme Manière, 35 ans, de forte constitution. La grossesse ne fut pas marquée de symptômes particuliers, et l'anomalie ne fut diagnostiquée qu'au moment du terme par MM. les professeurs Hirtz, Stoltz et Ehrmann. Une péritonite se déclara au 3e jour; le fœtus cessa de vivre le 6e jour. La péritonite s'aggrava et emporta la malade au 10e jour.

A l'autopsie on trouva le kyste adhérent aux parois antérieures de l'abdomen. Le placenta était très-large et étalé et sur les organes du petit bassin. M. le professeur Hirtz fait lui-même observer que l'opération eût dû être pratiquée aussitôt que le diagnostic avait été posé. On en eut l'idée, mais on temporisa. (*Gazette médicale de Strasb.*, 1840).

4e *Observation.* — Dr Stern. 35 ans. Le cours de la grossesse est normal sauf la persistance des règles. Au terme, 14 jours de douleurs sans résultat. L'enfant ne mourut qu'au 14e jour. Alors frisson subit. 8 semaines de souffrances; anasarque général, etc. Au bout d'un an, mort par infection purulente et épuisement.

Remarque. L'auteur se demande si la gastrotomie n'eût pas été indiquée à un certain moment. Il se déclare pour l'opération hâtive. (*Deutsche Klinik*, n° 24, juin 1855).

5e *Observation.* — Hecker. La grossesse extra-utérine fut diagnostiquée au terme. L'état général était bon. Au 4e jour du faux travail, l'enfant mourut subitement; il se déclara une péritonite suraiguë qui enleva la mère en 24 heures. L'opération césarienne fut faite *post mortem*, l'enfant ne put être ranimé. Le kyste était adhérent aux parois antérieures (*Monatsch. fur Geburt.*, XIII, 109).

6e *Observation.* — Dr Schultze. Grossesse pénible. La tumeur occupait surtout le côté droit de l'abdomen. Les douleurs se mani-

festèrent au terme. Le 2 janvier, la femme mourut dans la nuit. A l'autopsie on trouva le kyste rompu, le placenta s'insérait sur le mésentère. (*Hufeland's Journal*, 68, B, 129).

Remarque. Cette observation montre combien l'opération doit être hâtive quelquefois, puis que le kyste s'est rompu ici dans les premières vingt-quatre heures.

7e *Observation*. — Dr Pfeiffer de Weimar. 32 ans. Grossesse assez pénible à partir des mouvements de l'enfant. Au terme, faux travail, les mouvements du fœtus cessèrent subitement. Il y eut alors évacuation de la caduque, et l'on diagnostiqua une grossesse extra-utérine. Pendant trois semaines la femme eut des symptômes de péritonite, mais, elle se remit rapidement. (*Monatsch. fur Geb.*, XXIV, 460).

8e *Observation*. — Dr Kamm. Pas de symptômes spéciaux dans le cours de la grossesse. Etat général excellent au moment du terme, faux travail de plusieurs jours. Péritonite suraiguë qui enlève la femme au 15e jour.

Autopsie. Le kyste avait des adhérences anciennes aux parois abdominales antérieures. (*Hygiea.*, 13, B. sup. bd., 61).

Nous multiplierions inutilement nos citations. Deux faits ressortent clairement de toutes ces observations, à savoir : 1° que très-souvent, dans la grossesse abdominale, l'état général de la mère est des plus satisfaisants au moment du terme; 2° que l'expectation est bien loin d'être toujours favorable à cette dernière, et que les accidents suivent quelquefois de très près la mort de l'enfant. Dans plusieurs de ces observations, les auteurs se demandent, à l'autopsie, si on n'eût pas bien fait d'opérer, et d'aucuns, convaincus par l'évidence, se prononcent hardiment pour l'intervention hâtive. C'est aussi notre opinion. En effet, le kyste, comme nous le voyons, s'est rompu plusieurs fois dès les premiers jours du faux travail, et la péritonite suraiguë a enlevé rapidement la mère.

De même pour l'enfant qui est mort au quinzième, dixième voir déjà au troisième jour, et dans la nuit du premier. Si donc on se décide à intervenir, il ne faut pas temporiser : chaque heure peut amener des complications qui aggraveront les dan-

gers de l'opération ou la rendront inutile au point de vue de l'enfant.

Dès qu'on a diagnostiqué une grossesse extra-utérine, et que le faux travail commence ou qu'il existe déjà, on doit chercher à faire comprendre à la mère l'impossibilité où elle est de se délivrer normalement, et lui faire entrevoir toute la gravité de sa position, tant pour elle que pour l'enfant qu'elle porte dans son sein. Se décide-t-elle à courir les chances d'une opération qui peut les sauver tous deux et qui sûrement sauvera l'enfant, alors c'est au chirurgien à agir le plus rapidement possible, convaincu qu'il est du grand danger qu'il y aurait à attendre, ne fût-ce même que quelques heures.

Certes, ce ne sera pas toujours facile de persuader la mère. Mais on y réussit bien pour l'opération césarienne ou d'autres tout aussi graves que la gastrotomie au terme. Souvent, du reste, épuisée par ses horribles souffrances, la mère la demandera elle-même. La vulgarisation des admirables succès obtenus par les ovariotomistes contribuera aussi beaucoup, pour l'avenir, à aplanir les difficultés qui se présentent de ce côté. Le public féminin a suivi le public médical sous ce rapport, et, chez l'un comme chez l'autre, la crainte des grandes opérations sur l'abdomen va en diminuant de plus en plus. A chacun enfin d'agir d'après sa conscience. Nous n'avons eu en vue que de démontrer que l'opération est légitime, et qu'on est en droit de la proposer aujourd'hui à une mère tant pour sauver son enfant, irrémédiablement sacrifié, que pour lui conserver l'existence à elle-même.

L'ovariotomie a ouvert une voie nouvelle ; il est du devoir de la chirurgie moderne de s'y engager résolûment ; à elle de prouver que notre art marche sans cesse, et que chaque jour est marqué par de nouvelles conquêtes. Où, d'ailleurs, le but à atteindre peut-il être plus beau et le succès plus éclatant que dans ces cas désespérés où deux existences sont en jeu et où, seule, la main du chirurgien peut encore leur venir en aide !

Nous résumerons notre discussion en ces termes. Dans la grossesse abdominale, on doit chercher à sauver la mère et l'enfant par la gastrotomie faite au terme, et aussitôt que possible, par crainte de la rupture du kyste et de la mort de l'enfant. Elle est rationnelle aujourd'hui plus que jamais; mais l'avenir seul décidera de sa valeur réelle.

Contre-indications de la gastrotomie au terme. — Elles sont en partie celles de l'opération césarienne et de la gastrotomie en général. C'est ainsi que des affections concomitantes, tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques rendront les chances de l'opération excessivement précaires. Ce sera au chirurgien à se conduire selon chaque cas particulier, et voir s'il doit chercher à sauver l'enfant, malgré les conditions désavantageuses dans lesquelles l'opération se présente pour la mère. Un grand épuisement de cette dernière, provoqué par la souffrance prolongée ou les accidents de péritonite, ne sera pas toujours une contre-indication; au contraire, la mère résistera peut-être mieux à une lésion traumatique considérable, il est vrai, mais passagère, qu'à la continuation indéfinie des accidents qui l'ont déjà épuisée et de ceux qui viendront encore s'ajouter dans la suite. Il est rare, d'ailleurs, que la mort du fœtus mette un terme à ces accidents, et son état ne peut qu'empirer sous l'influence nouvelle de la décomposition du contenu du kyste. Même la constatation de l'insertion placentaire à la partie extérieure du kyste, ne serait pas une contre-indication formelle. Seulement il faudrait alors prendre toutes les précautions pour arrêter l'hémorrhagie, qui se produit forcément par les vaisseaux que le bistouri devra traverser pour arriver jusque sur le fœtus. Le cas s'est présenté, chez Mme Dumoulin, et M. Kœberlé eut beaucoup de peine, il est vrai, à arrêter l'hémorrhagie, mais il y parvint.

Vaginotomie. — On conçoit que quand la tête du fœtus est engagée dans l'excavation et qu'elle proémine dans le cul-de-sac

vaginal, l'idée soit venue d'extraire l'enfant par cette voie en incisant la paroi postérieure du conduit.

Le conseil en avait déjà été donné par Baudelocque, et l'opération a été pratiquée à notre connaissance trois fois pour extraire l'enfant vivant.

La première observation date de 1825, elle est due au Dr Normann: On crut au moment de l'accouchement à un hymen imperforé; on incisa et on chercha inutilement l'utérus. L'enfant fut extrait avec le crochet, le placenta resta dans le kyste, le cordon s'étant rompu, la femme mourut quelques jours après de péritonite suraiguë. (*Arch. géné. de médecine* 1829.)

La deuxième observation est due au Dr. Caignou. L'incision vaginale fut faite en présence de MM. Dezormeaux, Velpeau et Denau, qui avaient contrôlé le diagnostic. Un fœtus vivant mais qui n'était pas à terme fut extrait sans hémorrhagie. La femme mourut le lendemain (Lancette française, II. 39).

Enfin John King a eu le bonheur d'obtenir un succès complet. L'extraction fut très-pénible et très-longue. Commencée par des manipulations sur le ventre, elle dut être terminée par le forceps. L'hémorrhagie fut limitée au vagin et fut sans conséquence. Le placenta put être extrait, aussi sans hémorrhagie, l'enfant vécut et la mère était guérie au bout de quatre semaines.

Velpeau croit la vaginotomie moins grave que la gastrotomie. Il serait difficile de décider la question, les faits sont trop peu nombreux. Mais considérée à *priori* il nous semble que la gastrotomie offre beaucoup plus de chances, outre qu'elle est en général plus facile à exécuter. Dans les observations que nous avons citées la malade succomba deux fois et toujours l'extraction a été, pénible et laborieuse. Quoi qu'il en soit on est évidemment autorisé à essayer de ce moyen, qui aura dans tous les cas pour lui, l'avantage d'être beaucoup moins effrayant pour la mère, que, l'opération césarienne.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE QUAND LE FOETUS EST MORT.

Quand la grossesse abdominale a dépassé le terme et que le fœtus est mort, la situation est modifiée en ce sens, que l'on n'a plus à s'occuper que d'une seule existence, celle de la mère. Mais nous savons que les dangers que court celle-ci, ne cessent pas avec la mort de l'enfant. Les cas où il se forme en lithopédion qui reste indéfiniment sans provoquer d'accidents sérieux, sont l'exception : presque toujours tôt ou tard la nature réagit contre la présence du corps étranger, et cherche à l'éliminer. Le kyste s'enflamme et les plus graves complications peuvent en résulter. Rien n'indique d'ailleurs la formation d'un lithopédion et souvent après de longues années de tolérances, on a vu les plus terribles accidents éclater subitement et enlever la mère qui semblait devoir être dorénavant soustraite à tout danger. Quand l'élimination se fait, elle est toujours excessivement longue et entourée de périls de tous genres. Il est donc rationnel de chercher à débarrasser la mère de ce fœtus incommode et dangereux. Et ici encore la gastrotomie se présente tout naturellement à l'esprit comme étant la seule voie par laquelle la délivrance puisse être effectuée. Mais quel est le moment où l'on doit intervenir maintenant ?

Et tout d'abord le médecin doit-il pratiquer la gastrotomie aussitôt après la mort du fœtus ? Ici on ne saurait établir de principe fixe ; tout dépend du cas particulier.— Ainsi, si la mère est très-souffrante, fortement épuisée, si la présence du fœtus continue à lui causer de grandes douleurs, si l'on craint que son état ne s'empire, et surtout si l'on a diagnostiqué des adhérences du kyste avec le parois abdominales antérieures, il peut être indiqué de pratiquer l'opération dans les quelques jours qui

suivent la mort du fœtus et la cessation du faux travail. Mais en général il vaudra mieux temporiser, parce que comme nous allons le voir, l'opération se présentera d'ordinaire dans des conditions beaucoup plus favorables au bout d'une certaine période de subsistance du kyste dans le sein de la mère.

En effet, quand la constitution de la mère est bonne, qu'il n'y a pas eu de symptômes bien alarmants pendant le cours de la grossesse, et que le kyste ne s'est pas rompu au moment du terme, il est rare que le fœtus ne soit pas toléré pendant une période qui varie entre deux, dix ou vingt mois, sans que la vie de la mère soit mise en danger immédiat. — Voici ce qui se passe alors. La malade après s'être remise des fatigues de son faux travail est atteinte au bout d'un temps plus ou moins long, de péritonites partielles dues à l'inflammation commençante et chronique des parois du kyste. Ces péritonites cèdent en général soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement rationnel; mais elles reparaissent au bout d'un certain temps, et l'on a ainsi des alternatives de mieux relatif et de symptômes, inflammatoires du côté du bas-ventre. Mais que résulte-t-il de ces péritonites ? C'est qu'elles favorisent la formation des adhérences du kyste avec les parois abdominales antérieures, et l'on comprend toute l'importance de ce travail au point de vue de l'intervention chirurgicale. Le kyste se trouve solidement fixé contre la paroi abdominale, et le chirugien pourra pénétrer dans son intérieur sans intéresser le péritoine. Ici les adhérences jouent un rôle tout contraire à celui qu'elles jouent dans l'ovaritomie, et loin d'être d'un pronostic fâcheux, elles deviennent une des indications les plus sérieuses pour pratiquer la gastrotomie.

Nous avons déjà dit un mot de ces adhérences au sujet de la gastrotomie à terme. C'est le moment d'y revenir.

Et d'abord peut-on les reconnaître? Dans tous les ouvrages traitant de l'ovariotomie sont indiqués les signes auxquels on diagnostique l'union des tumeurs abdominales avec les viscères et les parois abdominales. Ces signes ne sauraient être différents pour le kyste

de la grossesse extra-utérine. C'est ainsi que nous noterons la rétraction profonde de l'ombilic, sa fixité, l'immobilité des téguments sur la tumeur, l'absence du frémissement vibratoire signalé par M. Koeberlé; la fixité de la tumeur constatée par la palpation seule ou combinée au toucher, la persistance de la matité aux mêmes régions malgré les variations de position de la femme, des tiraillements éprouvés aux parois antérieures dans les changements de position, enfin les péritonites survenues dans le cours de la grossesse.

Ces adhérences existent-elles souvent ? M. Puech ne cite pas moins de quarante-six observations où la grossesse s'est terminée par des fistules abdominales : dans tous ces cas il devait nécessairement y avoir union de la poche avec les parois. Sur les vingt et une opérations de péritonite faites après le terme que nous citons, vingt fois il est donné des indications à ce sujet pour l'observation et quinze fois il y avait adhérence. Enfin sur vingt-quatre autopsies faites au quatrième et au vingtième mois, après la mort du fœtus, nous n'avons relevé que quatre cas où ces adhérences aient manqué. Quant à l'étendue qu'elles offrent les autopsies ne donnent en général pas grande indication : mais, elles sont presque toujours suffisamment larges pour permettre l'extraction du fœtus, à la condition toutefois que l'on fasse l'embryotomie.

Mais la formation des adhérences n'est pas le seul phénomène favorable qui se passe après le terme. Après l'ouverture du péritoine, les plus grands dangers de la gastrotomie sont dus à la suppuration du placenta, aux hémorrhagies des vaisseaux maternels qui peuvent en résulter, et à la facilité de l'absorption septicémique par cette voie. Or, après la mort du fœtus la circulation placentaire n'existe plus, le sang se coagule dans les villosités, les vaisseaux s'oblitèrent, il est probable qu'un fait semblable se produit dans les sinus maternels qui ne sont plus mis à contribution par ceux du fœtus. C'est du moins ce qui résulte des nombreuses observations et entre autres de celle de M. Koeberlé que nous citons en tête de notre thèse. Le placenta dut être traversé par le

bistouri et il n'y eut pas d'hémorrhagie. Ce qui contribue aussi à rendre la gastrotomie moins dangereuse quand l'enfant est mort, c'est que le chirugien n'étant plus pressé par l'urgence, peut choisir le moment qu'il juge le plus convenable et qu'il put s'entourer de toutes les précautions indispensables à des opérations aussi importantes.

Nous ne discuterons pas ici des avantages de la gastrotomie, sur l'expectation pure et simple jusqu'au moment où la nature amène l'élimination par des fistules. Ils ressortiront des faits mêmes que nous allons citer et nous reprendrons le sujet un peu plus loin.

Nous avons réuni toutes les observations que nous avons pu trouver de gastrotomie après le terme. Ce doivent être à peu près toutes celles que la science possède. — Il est bien entendu que nous ne comprendrons pas dans ces opérations celles qui ont été pratiquées alors qu'il existait déjà des fistules aux parois abdominales. Ce ne sont plus alors que de simples débridements qui doivent être classés à part. Voici ces observations rangées d'après leur ordre chronologique. Nous regrettons de ne pouvoir en donner que de courts résumés, elles sont les unes plus intéressantes que les autres et mériteraient d'être relatées tout entières. Et d'abord prenons les succès.

1re *Observation.* — Dans *Burns Geburtshulfe*, il est rapporté une observation d'une gastrotomie pratiquée par O. Night en 1820, 12 mois après le terme. L'état général de la malade était satisfaisant. La femme eut des accidents graves, mais elle guérit complétement.

2e *Observation.* — Dr Buhl. 1823, 36 ans. 6 enfants, grossesse pénible, douleurs très-vives. Au 8e mois, chute, accidents sérieux au terme; les mouvements de l'enfant cessent le 3e jour. La malade se remit. Il y eut une nouvelle grossesse normale qui se termina heureusement. Mais, après l'accouchement, l'état général se prit, diarrhée très-vive, etc. Ponction à l'ombilic, écoulement de pus et de sang. Gastrotomie sur la ligne blanche, extraction d'un enfant en voie de décomposition. Accidents assez graves pendant 8 jours; mais la malade est complétement guérie 3 mois après l'opération. (*Rust Magazin*, 14, 362).

3e *Observation.* — Dr Zais, 1823. Grossesse pénible, l'anomalie est diagnostiquée au 7e mois. La gastrotomie proposée au terme est refusée. Mort de l'enfant. La mère va en s'affaiblissant : l'opération est faite huit semaines après le terme. Adhérences du kyste; le placenta est laissé en place. Suppuration abondante, mais de bonne nature. Guérison en 24 jours, mais persistance d'une fistule pendant 5 mois. (*Heidelb. Klinisch. annal.*, 1830, B. II, 1).

4e *Observation.* — Dr Hutchinson, 1836. Cours de la grossesse régulière. Mort de l'enfant au terme; amaigrissement, œdème, fièvre, etc. La gastrotomie est faite, adhérences du kyste ; la malade guérit rapidement. (*Berends report.*, 1836, 16).

5e *Observation.* — Dr Matthieu, 1836. Grossesse assez régulière. Au terme on reconnaît l'anomalie, mais on recule devant l'opération. L'enfant ne meurt qu'au bout de trois semaines. Les douleurs de la malade augmentent, elle demande à être opérée. L'opération est faite au 8e mois. Paracentèse préalable. Adhérences de kyste, extraction de l'enfant et d'un môle contenu dans le kyste. Le placenta est enlevé en partie. Guérison en trente-sept jours sans qu'il y ait eu d'accidents bien sérieux. (*Arch. gén. de Méd.*, 3e série XII, 1840).

6e *Observation.* — Dr Stutter, 1870. Péritonites successives pendant le commencement de la grossesse et au 8e mois. Au terme, douleurs, mort de l'enfant. La malade ne se remet pas, aggravation, accidents septicémique, etc. Gastrotomie un mois après la mort de l'enfant. Le placenta se détache et est extrait en masse le 5e jour. Guérison complète au bout de trois mois. (*Méd. Times*, 1860).

7e *Observation.* — 1860, Adams. Grossesse régulière. Gastrotomie six mois après le terme. L'état général était excellent. Le kyste adhérent ; le placenta fut laissé en place. Guérison rapide. (*Médec. and Chirurg. Sociét. etc.*, 1860, 24 nov.)

8e *Observation.* — Dr Pauck, 1860. Grossesse régulière. Il n'est pas dit à quelle époque fut faite l'opération. Guérison complète en quinze jours. (*Allg. Wiener. med. Zeit.*, 1862, n° 32).

9e *Observation.* — Braxton Hicks. Il existait une communication du kyste avec la vessie, et la malade était très-épuisée quand la gastrotomie fut faite. L'incision fut faite à droite de la ligne blanche sur la tumeur. La malade se remit très-vite. La fistule vésicale se cicatrisa complétement. (*Lancet.* III, 1862, XI).

10e *Observation.* — Ramsbotham et Adams, 1869. Grossesse assez pénible, chute huit jours avant le terme et mort de l'enfant. Léger accident, rétablissement complet. Six mois après gastrotomie, bien que la tumeur ne fût pas adhérente. Il fallut même relever l'épiploon pour inciser le kyste, le placenta fut laissé en place, le kyste fut épongé avec soin, et la plaie réunie comme pour l'ovariotomie. Au quinzième jour déjà la plaie était presque fermée et la suppuration tout à fait insignifiante. (*Med. Tim. and. Gaz.* 24 juillet).

Remarque. — Cette observation montre que la gastrotomie peut réussir alors même qu'il n'y a pas d'adhérence et que la suppuration du kyste n'est pas toujours aussi dangereuse par elle-même qu'on pourrait le croire.

De ces observations il faut encore rapprocher les deux gastrotomies pratiquées, l'une par M. Tuefferd, pour une rupture de la matrice, l'autre par M. Koeberlé pour une grossesse développée dans une corne d'une matrice anormale.

11e *Observation.* — Dr Tuefferd. Chute au sixième mois de la grossesse, rupture de la matrice. Six mois après, gastrotomie, la moitié du corps du fœtus était engagée dans l'abdomen, la tête avait contracté des adhérences avec les intestins. Le placenta fut arraché sans hémorrhagie. La matrice présentait une altération adipocireuse. Le malade guérit promptement sans avoir eu d'accident de péritonite. (*Bull. de l'Acad.* 4e t. s. XIX, 114.

12e *Observation.* — Dr Koeberlé. Grossesse développée dans une corne de matrice anormale. Mort du fœtus au septième mois. La santé de la malade s'altéra profondément. Six mois après la mort du fœtus, ponction qui fait écouler les eaux de l'amnios en décomposition. La malade se remet. Mais peu à peu l'état s'aggrava de nouveau. Gastrotomie, 21 mois après la mort de l'enfant. Extraction d'un fœtus par fragments pour ne pas être obligé d'agrandir l'incision. Des sinus utérins ayant été ouverts on ne put réunir la plaie. La malade guérit parfaitement. (Opération césarienne pratiquée dans un cas de grossesse, dans un utérus-bicerne. Strasbourg 1866).

13e et 14e *Observation.* rapportées à la tête de notre travail.

Voici maintenant les cas de gastrotomie qui ont été marqués d'insuccès.

15 *Observation.* — De Bouillon 1820. Douleurs très-fortes au terme, l'enfant meurt au deuxième jour. Péritonite grave, infec-

tieuse, Gastrotomie deux mois après le terme. Adhérence du kyste. Embryotomie pour extraire l'enfant. Placenta laissé en place. Après l'opération l'état général s'amenda. Au quinzième jour la malade semblait hors de danger : le placenta était éliminé, et la cicatrisation se faisait rapidement. Mais au seizième jour subite aggravation. Infection purulente et septicémique. Mort de la malade au dix-huitième jour. Autopsie : abcès métastatique dans le foie. (*Bulletin de la Faculté.* 1821).

16e *Observation.* — Dr Wishart, 1823. Mort de l'enfant au terme; deux mois après, gastrotomie. Incision à 2 pouces de la ligne blanche ; des enveloppes avaient contracté beaucoup d'adhérences, mais il fut facile de les détacher. Le placenta fut extrait, quoique solidement implanté sur le ligament large. Une péritonite suraiguë enleva la malade le cinquième jour (*Philadelp. Journ. of med.* etc. 1825.)

17e *Observation.* — Braxton Hicks. 1862. Le kyste n'était pas adhérent aux parois abdominales et la malade mourut. A l'autopsie on trouva que des anses intestinales s'étaient glissées dans le kyste, probablement pendant des efforts de vomissement. L'auteur ajoute que dans les nouveaux cas qu'il aurait à opérer dans les mêmes conditions, il commencerait par coudre les parois du kyste aux parois abdominales avant d'ouvrir le kyste. (*The. Lancet*, vol. II. 1862. XI).

18e *Observation.* — (Dr Veyel de Cannstatt 1840. Grossesse abdominale très-pénible. Mort de l'enfant quelques jours avant le terme. Environ, deux semaines après le terme ponction, qui permet de reconnaître distinctement les membres du fœtus. Gastrotomie : le kyste était adhérent. Le placenta inséré sur le sacrum et dans la fosse iliaque fut arraché. Il en résulta une hémorrhagie excessivement grave et qu'on eut beaucoup de peine à arrêter. On cherche à détacher le sac, mais il était fortement adhérent et on ne put en extraire que des lambeaux. L'opérée succomba au sixième jour. (*Gaz. med.* 1840.)

Remarque. — Nul doute que les manœuvres irréfléchies pratiquées sur le placenta et les membranes n'aient été pour beaucoup dans l'insuccès de l'opération. La malade se trouvait dans les meilleures conditions pour être opérée avec un succès complet.

19e *Observation.* Braxton Hicks 1862. Quatre mois après le terme fistule rectale. Diminution de la tumeur, mais pénétration de gaz dans son intérieur. Gastrotomie. Le kyste n'était pas adhérent.

Mort douze heures après l'opération. (*Guys. Hospit. Rep.* 3e série, vol. VIII.)

Remarque. — Cette opération est postérieure à celle citée plus haut. n. 15. L'idée de l'auteur de coudre le sac aux parois était applicable ici plus que jamais, puisque le kyste communiquait avec l'instestin; cette précaution eût peut-être empêché la péritonite suraiguë. Ce cas nous montre aussi combien est important le diagnostic préalable des adhérences.

Nous ajouterons aussi au nombre des succès les deux opérations de gastrotomie par les caustiques cités plus loin. Ce qui fera 16 cas de succès sur 5 insuccès.

Voyons maintenant ce que nous apprennent ces faits. Ils peuvent être classés en deux catégories : les cas où l'on a ouvert le péritoine et ceux où il ne l'a pas été. Dans les 16 cas de succès, le péritoine a été ouvert deux fois, ce qui n'a pas empêché la guérison. Dans les 5 insuccès la séreuse a été lésée quatre fois.

Cela semblerait démontrer tout le danger de cette complication. Mais il faut faire entrer en ligne de compte les détails des observations.

Dans un cas, le kyste était ouvert aux infiltrations du rectum : dans un autre, la mort est résultée d'un étranglement interne qui eût pu être évité de l'avis même de l'opérateur. Dans l'observation de Veyel il faut mettre certainement l'insuccès sur le compte des manœuvres, plus qu'irrationnelles, que l'on fit pour extraire le fœtus et les enveloppes. Nul doute que la guérison n'eût été beaucoup plus facile si l'on se fût contenté de tout laisser en place et d'attendre de la nature l'élimination de l'arrière-faix comme des opérateurs plus heureux l'ont presque tous compris.

De même, dans l'opération de Wishart il est relaté que les membranes avaient contracté des adhérences, mais qu'on les détacha quand même, ainsi que le placenta. Pourquoi n'avoir pas respecté un état de choses aussi favorable? Seul le cas de Bouillon peut être exempt de reproches au point de vue du procédé opéra-

toire. Mais là les soins ultérieurs ont-ils été suffisants? La malade allait bien jusqu'au seizième jour.

Si donc l'on voulait établir sur ces chiffres la valeur de la gastrotomie après le terme, on serait en droit d'exclure de la statistique au moins trois cas, puisque l'insuccès peut y être mis sur le compte du procédé opératoire. On aurait alors sur 18 opérations 16 succès : c'est-à-dire une proportion de 87 p. 100. Quelles sont les grandes opérations qui donnent ce résultat? Mais même 16 succès sur 21 opérations seraient déjà un résultat très-satisfaisant. Nous n'avons certes pas la prétention de défendre ces chiffres. Une statistique basée sur un nombre de faits aussi restreints ne doit évidemment être admise qu'avec de grandes réserves. Mais nous ne serions nullement étonnés que ce fût là réellement l'expression de la vérité, puisque la plupart du temps l'opération se résume, somme toute, à l'ouverture d'une poche indépendante du péritoine.

Nous ne terminerons pas, sans faire remarquer, combien l'avantage reste tout entier du côté de la gastrotomie, si l'on rapproche ces chiffres de ceux donnés par M. Puech, sur les résultats de l'élimination par les fistules. Et combien ces avantages n'augmentent-ils pas encore quand l'on compare le temps nécessaire à la guérison. Dans la gastrotomie, la malade se rétablit en trois ou six semaines, et elle est radicalement débarrassée de tout ce qui l'incommodait. L'élimination naturelle dure des mois et des années, elle est toujours excessivement pénible, elle épuise considérablement la malade et laisse souvent dans la constitution des traces irréparables.

Gastrotomie par les caustiques. — MM. Rousseau (1) et Martin de Beauvoisin (2) ont cherché à assurer le succès de l'opération en provoquant préalablement la formation des adhérences au

(1) Union méd., n. 46, 1855.
(2) Gazette des hôp., 552, 1826.

moyen des caustiques. L'un a employé la cautérisation au fer rouge, l'autre la potasse caustique. Ils ont obtenu tous deux un succès complet. Nous n'insisterons pas sur ce procédé qui peut être mis en pratique dans les cas où l'on aurait diagnostiqué la mobilité de la tumeur. Mais lorsqu'il existe des adhérences, cette précaution nous semble tout à fait inutile et, nous ne voyons pas pourquoi alors, on préférerait les caustiques à l'instrument tranchant.

Vaginotomie et rectotomie après le terme. — La vaginotomie après le terme a été pratiquée par Dubois, Philippart, Simpson, Voillemier, etc.; elle a réussi plusieurs fois. Tout ce que nous avons dit de la vaginotomie pour extraire l'enfant vivant peut se répéter ici. Elle est indiquée dans les cas où le fœtus pourrait être facilement saisi par cette voie. Mais ces cas sont en général assez rares. Aussi quoi qu'en ait dit Velpeau, c'est à la gastrotomie que reviendra toujours le premier rang dans toutes les opérations proposées pour délivrer la mère. Quant à la rectotomie, elle est encore plus hasardée; seul peut-être un cas où il y aurait atrésie du vagin avec engorgement de la tête dans l'excavation pourrait autoriser le procédé opératoire, aussi répugnant d'ailleurs que difficile et dangereux à exécuter.

Débridement des fistules. Cystotomie. — Quand l'élimination du fœtus aura donné lieu à la production de fistules, il est indiqué de venir en aide à la nature en élargissant l'ouverture. C'est ainsi que Cyprianus, Donatius, Govéi, Diamantopolos et nombre d'autres chirurgiens ont pu extraire des fœtus en décomposition. Plusieurs de ces observations ont été rapportées par les auteurs comme des gastrotomies. Nous avons cru devoir les ranger dans une catégorie à part, et n'en pas tenir compte dans l'histoire de la gastrotomie proprement dite. Cette opération n'est pas toujours exempte de tout danger, elle a causé la mort plusieurs fois. Elle devra donc être faite avec prudence et après s'être assuré qu'il y a adhérence du kyste avec les parois de l'abdomen, dans les points où le débridement doit être porté.

Enfin, quand il y a communication du kyste avec la vessie, il peut être indiqué dans des cas exceptionnels de faire l'uréthrotomie ou la cystotomie. Thompson a obtenu un succès dans un cas de ce genre.

Toutes ces opérations de débridement deviendront de plus en plus rares à mesure que la pratique de la gastrotomie se répandra davantage.

CHAPITRE IV.

MANUEL OPÉRATOIRE ET TRAITEMENT CONSÉCUTIF.

Nous ne saurions terminer ce travail sans dire un mot du manuel opératoire de la gastrotomie dans les grossesses extra-utérines. Mais, comme nous sommes obligés de nous restreindre, nous nous contenterons de donner un aperçu tout à fait sommaire de la question.

Il résulte des faits que nous avons exposés dans l'histoire des grossesses extra-utérines et dans la discussion de leur traitement, que l'opération se présentera sous des aspects différents, suivant les cas, et l'on peut dire, d'une manière générale, que le manuel opératoire variera selon que le fœtus sera vivant ou mort, et selon que le kyste sera adhérent aux parois abdominales antérieures ou qu'il ne le sera pas.

Nous ne parlerons pas de l'instrumentation ni des précautions préparatoires, elles seront celles de l'opération césarienne et de toutes les gastrotomies en général.

1° *Le fœtus est mort*, *le kyste est adhérent.* — C'est le cas le plus simple. L'opération se résume alors dans l'ouverture d'une poche indépendante du péritoine. Toute la question est de bien délimiter l'étendue des adhérences et de tâcher de ne pas sortir de la cavité du kyste. On y parviendra en limitant l'incision aux dimensions strictement nécessaires pour extraire un fœtus mort, en pratiquant l'embryotomie et en agissant avec beaucoup de

prudence et de circonspection dans l'extraction des parties de l'enfant, pour éviter de déchirer le kyste comme cela est arrivé à M. Koeberlé. En cas d'accident de ce genre, on suivrait l'exemple du chirurgien de Strasbourg, et l'on fermerait la communication au moyen de points de suture enchevillés, disposés comme nous l'avons décrit dans la seconde des observations publiées en tête de notre travail. L'incision devra toujours être faite, autant que possible, sur la ligne blanche pour les raisons bien connues qui font préférer cette région dans toute gastrotomie. Seuls les cas où il serait nettement établi qu'on risquerait moins d'ouvrir le péritoine en pénétrant dans le kyste sur d'autres points de la paroi abdominale, permettront de se départir de cette ligne de condu te. Le placenta et les membranes seront religieusement respectés : la poche nettoyée convenablement mais avec précaution, et la plaie fermée dans les deux tiers supérieurs de l'incision.

2° *Le fœtus est mort, le kyste n'est pas adhérent.* — Ce cas s'est présenté, comme nous l'avons vu plusieurs fois dans les opérations ci-dessus mentionnées. Ici, il faudra encore, autant que possible, tâcher d'isoler la cavité du kyste de celle du péritoine, et le seul moyen qui se présente à l'esprit, si l'on ne se sert pas de la potasse caustique, procédé qui nous semble loin d'éloigner tous les dangers, c'est de coudre le kyste aux parois abdominales, après qu'on aura fait soigneusement la toilette du péritoine. C'est encore par des points de suture enchevillée suffisamment rapprochés les uns des autres que l'on devra procéder.

Sera-t-il toujours facile d'isoler ainsi le kyste du péritoine?

Nous laissons à ceux qui ont l'habitude des opérations sur le péritoine de répondre à cette question. Mais il nous semble que l'on devra tout au moins toujours essayer d'arriver à ce résultat, quelques points de suture de plus ne paraissant pas devoir aggraver le pronostic de l'opération.

3° *Le fœtus est vivant.* — Ici l'incision devra être plus grande

que dans le cas précédent puisqu'elle doit donner passage au corps d'un fœtus entier. Elle ne pourra donc être moindre de 15 à 20 millimètres. Si le kyste est adhérent, l'opération ne présente que peu de différence avec ce qu'elle est quand le fœtus est mort, sauf qu'il faudra redoubler de précautions pour ne pas léser les attaches placentaires. Si le kyste est épaissi et vascularisé, il sera peut-être encore possible de le réunir au péritoine pariétal. Mais s'il n'est constitué que par les seules membranes de l'œuf, la chose sera moins facile, et dans ces cas on sera peut-être obligé d'agir comme l'a fait M. Lecluyse, c'est-à-dire de se contenter de nettoyer l'abdomen et de laisser les membranes et le placenta dans la position où ils se trouvaient. Le cas le plus difficile sera celui où le placenta s'insère sur la paroi antérieure. Alors on lésera forcément les vaisseaux materno-placentaires et il se produira une hémorrhagie. On doit être préparé à cette éventualité. Nous avons vu d'ailleurs que l'insertion placentaire pouvait se diagnostiquer. La compression directe et le tamponnement seront les meilleurs moyens pour arrêter le sang. Cette complication s'est présentée dans le cas de Me Dumoulin. M. Kœberlé ouvrit l'œuf en le déchirant avec le doigt dans les points où le placenta était le moins épais. Malgré cette précaution il y eut une forte hémorrhagie, et après avoir essayé en vain la ligature en masse et le perchlorure, M. Kœberlé dut recourir au tamponnement, au moyen de deux éponges placées entre les lèvres de la déchirure. Le sang s'arrêta.

Traitement consécutif. — On sait toute l'importance des détails dans les opérations sur le péritoine, et celle peut-être encore plus grande du traitement consécutif. Nous n'insisterons pas sur ces faits qui nous semblent aussi vrais pour la gastrotomie dans la grossesse extra-utérine que pour n'importe quelle autre grande opération sur l'abdomen. Le chirurgien devra s'inspirer de tout ce que les ovariotomistes nous ont appris sur les soins à donner, et sur les moyens de parer aux deux

grands dangers, la péritonite et l'infection septicémique. Il serait trop long pour nous d'entrer ici dans des détails, et nous renvoyons pour ces questions aux ouvrages spéciaux traitant de l'ovariotomie, et du traitement des collections purulentes de l'abdomen.

CONCLUSION.

Nous résumerons ce que nous venons d'exposer sur le traitement de la grossesse extra-utérine en ces termes :

1° Les dangers que les grossesses extra-utérines font courir à la femme sont si graves, qu'il est du devoir du médecin de provoquer l'avortement interne dans la première moitié de la grossesse ;

2° Cet avortement interne doit être pratiqué par la ponction de l'œuf mais surtout par l'injection capillaire de substances toxiques.

3° Quand la grossesse a dépassé la première moitié de son évolution, il est rationnel de la laisser à son libre cours jusqu'au terme, mais il faut surveiller attentivement la malade.

4° Quand le terme est arrivé, on doit pratiquer la gastrotomie, et extraire l'enfant vivant. L'opération doit être faite sans temporiser, de crainte des accidents de rupture du kyste, et de la mort du fœtus.

5° Quand le terme est passé et que l'enfant est mort, on doit encore pratiquer la gastrotomie pour épargner à la mère les

dangers que la présence de l'enfant mort lui fait courir. On doit attendre s'il est possible pour opérer, que les adhérences du kyste avec les parois abdominales soient établies.

6° Le diagnostic de ces adhérences doit être fait avec beaucoup de soin. C'est sur elles que se base en grande partie le succès de l'opération. On doit respecter les enveloppes et les insertions placentaires.

7° Il n'est pas possible encore d'établir le pronostic de la gastrotomie au terme. Il y a des cas de succès. Celui de la gastrotomie après le terme, faite au moment opportun, ne semble pas devoir être plus grave que celui de l'ovariotomie.

TABLE DES MATIÈRES.

Introduction 5

Deux observations de gastrotomie faites par M. Kœberlé. 6

1re partie. — *Étude générale des grossesses extra-utérines*

Chap. I. Siége et classification des grossesses extra-utérines 16

Chap. II. Étiologie des grossesses extra-utérines 21

Chap. III. Anatomie pathologique des grossesses extra-utérines 24

Chap. IV. Marche et terminaison de grossesses extra-utérines 33

Chap. V. Diagnostic des grossesses extra-utérines. 44

2me partie. — *Du traitement des grossesses extra-utérines.*

Chap. I. Traitement de la grossesse extra-utérine dans les premiers mois de l'évolution 53

Chap. II. Traitement de la grossesse extra-utérine après le 4e mois 62

Chap. III. Traitement de la grossesse extra-utérine quand le fœtus est mort 81

Chap. IV. Manuel opératoire et traitement consécutif. . . 90

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31